

Definição de um modelo de incentivo
de profissionais de saúde em
contexto de integração vertical e
financiamento caputivo de cuidados
de saúde

Tiago Duarte de Oliveira Rua

XLI Curso de Especialização
em Administração Hospitalar
(2011-2013)

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor

“Never in the field of human conflict was so much owed by so many to so few.”

Sir Winston Churchill

AGRADECIMENTOS

A consecução desta etapa não teria sido possível sem a contribuição, directa ou indirecta, de diversas pessoas e instituições. Pela sua relevância não podia deixar de endereçar diversos agradecimentos individuais.

O meu reconhecimento à Exma. Dra. Inês Parrinha, ao Exmo. Dr. Manuel Soares e ao Exmo. Dr. Carlos Gomes, profissionais da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. A sua contribuição foi absolutamente decisiva para uma abrangente compreensão da realidade específica da ULS.

À Exma. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, a Dra. Margarida da Silveira, o meu agradecimento pela sua amabilidade e disponibilidade. O meu muito obrigado por ter colocado à minha disposição os recursos da ULS sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Ao meu orientador da Escola Nacional de Saúde Pública, o Professor Doutor Rui Santana, a minha particular gratidão pela atenção dispendida ao longo do presente trabalho.

Apraz-me ainda certificar que a célebre hospitalidade e simpatia do povo alentejano se encontrou personificada na pessoa do meu orientador bem como dos diversos colaboradores da ULS contactados.

Pelo companheirismo e amizade, os meus sinceros agradecimentos aos meus colegas e amigos do XLI CEAH, cujos nomes nem preciso elencar.

Por último, mas certamente não menos importante, agradecer aos que me são mais próximos e fizeram de mim a pessoa que hoje sou. Aos meus pais, ao meu irmão, ao meu tio e à Liliana.

RESUMO

Contexto

Os indivíduos, tal como as instituições, não são imunes a incentivos. No entanto, enquanto os modelos de incentivos das instituições têm sido alvo de diferentes evoluções, o mesmo não se verificou ao nível dos profissionais. Esta situação não se figura compatível com a complexidade de gestão de recursos humanos, devendo ser obviada para potenciar o alinhamento entre os interesses institucionais e os dos próprios profissionais.

Objectivos

Estudar a atribuição de incentivos a profissionais de saúde no contexto de organizações com integração vertical de cuidados.

Metodologia

A metodologia adoptada compreendeu três fases. Numa primeira procedeu-se à revisão sistemática de literatura relativa à: (1) construção de modelos de incentivo a profissionais em diferentes sistemas de saúde e tipo de prestadores; e (2) identificação de medidas de custo-efectividade comprovada. Tendo por base esta evidência, a par de documentação oficial ao nível do modelo de financiamento das ULS, procedeu-se, numa segunda fase, à construção de um modelo de incentivo base com recurso à ferramenta Microsoft Excel. Por último, numa terceira etapa, procedeu-se à adaptação do modelo base construído na etapa transacta tendo por base informação obtida mediante a realização de um estudo retrospectivo *in loco* na ULS do Baixo Alentejo (ULSBA). Em adição, procedeu-se à estimativa do impacto na perspectiva da ULS e dos profissionais para o cenário base e diversas análises de sensibilidade.

Resultados

No que respeita à estrutura, o modelo base de incentivos a profissionais apresenta **44 indicadores**, distribuídos por **cinco dimensões** de análise, sendo que 28 indicadores (63,6%) são de processo e 14 (31,8%) de resultado. Relativamente às dimensões em análise, verifica-se uma predominância de indicadores ao nível da dimensão **eficiência e qualidade assistencial**, totalizando 35 (i.e. 79,5% dos 44 indicadores). No que respeita ao destinatário, 14 indicadores (31,8%) apresentam uma visão holística da ULS, 17 (38,6%) encontram-se adstritos unicamente aos cuidados primários e os remanescentes 13 (29,5%) aos cuidados hospitalares.

Cerca de **85%** dos actuais incentivos da ULSBA decorre da unidade de pagamento salarial secundada pelo pagamento de suplementos (12%). Não obstante, o estudo retrospectivo da ULSBA confirmou o cenário expectável de **ausência de um modelo de incentivo homogéneos e transversal à ULS**, transparecendo importantes assimetrias entre diferentes unidades prestadoras e/ou profissionais de saúde. De forma relevante importa apontar a insuficiência de incentivos captaçionais (ao contrário do que sucede com o modelo de incentivo da própria ULSBA) ou adstritos a índices de desempenho.

Tendo em consideração o modelo de incentivo concebido e adaptado à realidade da ULSBA, a par do plano de implementação, estima-se que o modelo de incentivos gere: (1) **poupanças na perspectiva da ULS** (entre 2,5% a 3,5% do orçamento global da ULSBA); e (2) um **incremento de remuneração ao nível dos profissionais** (entre 5% a 15% do salário base). O supracitado – aparentemente contraditório – decorre da aposta em medidas de custo-efectividade contrastada e um alinhamento entre o modelo proposto e o vigente para o próprio financiamento da unidade, apostando numa clara estratégia de ganhos mútuos. As análises de sensibilidade realizadas permitem conferir a solidez e robustez do modelo a significativas variações em parâmetros chave.

Palavras-chave

Integração, financiamento, incentivos, unidade de pagamento, pagamento por desempenho, salário, pagamento por acto, acessibilidade, eficiência, satisfação, qualidade, custo-efectividade.

ABSTRACT

Context

Individuals, like organisations, are not immune to incentives. However, whilst incentive schemes for organisations have been submitted to diverse evolutions, the same did not happen in regards to its workers. This situation is not compatible with the complexity associated with human resources management and, therefore, should be addressed in order to align the institutional interests with the ones from the its own workers.

Objectives

To study the incentive distribution amongst healthcare workers included in an organisation with vertical integration of care.

Methods

The methodology implemented included three phases. Firstly, a systematic review of literature of literature was performed to evaluate: (1) the construction of different worker incentive models in different healthcare systems and types of providers; and (2) potential cost-effective measures to be implemented. Secondly, based on these evidence, as well as official documentation associated with the ULS incentive model, a base case incentive model was constructed using Microsoft Excel. Thirdly, a retrospective case study was performed *in loco* at ULS do Baixo Alentejo (ULSBA). In addition, an economic impact analysis was performed, both from the ULS and the workers perspective. The base case results were subsequently submitted to several one-way sensitivity analyses.

Results

The structure of the proposed incentive model for workers is based on **44 indicators**, distributed for **five dimensions**. Out of these indicators, 28 (63.6%) and 14 (31.8%) are, respectively, process and results driven. In relation to the dimension of analysis, 35 (i.e. 79.5% out of 44 indicators) are associated with **efficiency and quality of care**. With regards to the addressee, 14 indicators (31.8%) are based on a holistic approach inherent to vertical integration (i.e. the ULS), 17 (38.6%) are focused in primary care and the remaining 13 (29.5%) in hospital care only.

Over **85%** of the total incentives currently distributed by ULSBA are due to the payment of salary, followed by the payment of diverse supplements (**12%**). Nevertheless the above mentioned, the retrospective study confirmed the **expected absence of a homogenous and transversal incentive model aimed at ULS workers**, highlighting important asymmetries between different providers and/or healthcare workers. Also importantly, it is relevant to highlight the very limited proportion of either capita or performance based incentives schemes (as opposed to the capita-based incentive model of the organisation).

Taking into consideration the base model developed and adopted to the ULSBA context, alongside its implementation plan, it is estimated that the incentive model will generate: (1) **savings from the ULS perspective** (from 2.5% up to 3.5% of the overall ULS budget); and (2) **an increase in the remuneration levels of the different workers engaged** (from 5% up to 15% of the base salary earnings). These results – seemingly contradictory – lead to a genuine win-win situation, based on the adoption of cost-effective measures and, moreover, aligned with the incentive model of the own organisation. The one-way sensitivity analyses performed reinforce the base case findings, highlighting its considerable strength despite important variations in key parameters.

Keywords

Integration, incentives, compensation, pay-for-performance, salary, fee for service, access, efficiency, satisfaction, quality, cost-effectiveness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sequência metodológica adoptada na consecução do presente trabalho.	4
Figura 2. Diferentes dimensões consideradas no contexto da integração de cuidados de saúde.	11
Figura 3. Gestão matricial do contínuo de cuidado associado a um utente diabético	14
Figura 4. Mudança de paradigma de prestação	15
Figura 5. Principais componentes intrínsecas a um modelo de financiamento.....	16
Figura 6. Caracterização da evolução do risco sobre diferentes ópticas em função do modelo de incentivo da instituição.....	17
Figura 7. Evolução dos modelos de incentivos dos profissionais em função do grau de desenvolvimento da ULS.....	28
Figura 8. Cenários (1, 2 e 3) da arquitectura de fluxos de incentivos.	30
Figura 9. Principais componentes típicas de um modelo de incentivos financeiros.....	32
Figura 10. Diagrama de radar com o impacto pretendido com a implementação do modelo de incentivos.	49
Figura 11. Níveis de exequibilidade do modelo de incentivos de profissionais, em função do modelo de incentivo institucional e o tipo e modelo de organização da unidade prestadora de cuidados.....	51
Figura 12. Matriz de avaliação do modelo de incentivo proposto.	52
Figura 13. Unidades de pagamento consideradas no ano 0 e ano 1 ao nível da ULS e respectivas unidades constituintes de cuidados primários e hospitalares.	53
Figura 14. Unidades de pagamento consideradas no ano 2 e 4 ao nível da ULS e respectivas unidades constituintes de cuidados primários e hospitalares.....	54
Figura 15. Principais factores críticos de sucesso sob a perspectiva da ULS.	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais vantagens e desvantagens do modelo de financiamento caputivo em contexto de integração vertical sob diversas ópticas.....	17
Tabela 2. Caracterização da evolução modelos de financiamento adstritos às ULS.....	18
Tabela 3. Vantagens e desvantagens dos modelos de incentivos assentes em diferentes unidades de pagamento.....	22
Tabela 4. Síntese do impacto teórico da unidade de pagamento do modelo de incentivos sob cinco dimensões.....	23
Tabela 5. Síntese da evidência da literatura na análise comparativa entre diferentes unidades de pagamento.....	25
Tabela 6. Principais questões inerentes à definição e implementação do modelo de incentivos.	29
Tabela 7. Potenciais componentes de incentivo de índole financeira e não financeira.....	33
Tabela 8. Unidades de pagamento base mais representativas dos médicos por unidade para diversos países.....	38
Tabela 9. Resumo das unidades de pagamento dos médicos por tipo de unidade e natureza do sistema de saúde.	39
Tabela 10. Modelos de incentivos da instituição e dos profissionais dos cuidados primários em contexto de integração e de não integração vertical de cuidados de saúde.	44
Tabela 11. Principal unidade de pagamento considerada ao nível dos incentivos da instituição hospitalar – em unidades com e sem integração de cuidados - e dos respectivos profissionais.....	46
Tabela 12. Principal unidade de pagamento considerada ao nível dos incentivos de unidades de cuidados continuados – com e sem integração de cuidados - e dos respectivos profissionais	47
Tabela 16. Número de indicadores do modelo de incentivo de profissionais e distribuição por tipo de dimensão.....	51
Tabela 17. Análise SWOT do modelo de incentivo dos profissionais.	55
Tabela 13. Distribuição do número de efectivos (em tempo equivalente) incluídos no estudo retrospectivo, organizados por categoria profissional e tipo de cuidados de saúde prestados.....	56
Tabela 14. Remuneração das diversas categorias profissionais da ULS de acordo com as diferentes unidades de pagamento (valores médios em euros por profissional).....	57
Tabela 15. Remuneração total das diversas categorias profissionais da ULS de acordo com as diferentes unidades de pagamento (valores médios em euros por profissional).....	57
Tabela 18. Distribuição dos custos do modelo de incentivos em função da sua natureza e dimensão de análise.	59
Tabela 19. Distribuição dos benefícios do modelo de incentivos em função da sua natureza e dimensão de análise.....	60
Tabela 20. Estimativo dos custos, benefícios e resultados financeiros decorrentes do modelo de incentivos.	61
Tabela 21. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação.....	61

Tabela 22. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados primários da ULSBA.....	62
Tabela 23. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados hospitalares da ULSBA.....	62
Tabela 24. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados primários da ULSBA ao longo do período de implementação considerado.....	62
Tabela 25. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados hospitalares da ULSBA ao longo do período de implementação considerado.....	63
Tabela 26. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação para o cenário de sensibilidade com uma taxa de sucesso de 80% do modelo de incentivos.	63
Tabela 27. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação para o cenário de sensibilidade com uma abrangência apenas a profissionais em regime de CIT.....	63

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACO	<i>Accountable Care Organization</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AI	Área de Influência
ApR	Ajustamento pelo Risco
ARS	Administração Regional de Saúde
BD	Bases de Dados
CAPI	<i>Contrats d'amélioration des pratiques individuelles</i>
CFP	Contrato de Função Pública
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
DRG	<i>Diagnostic Related Group</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
EMV	Esperança Média de Vida
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PICO	<i>Population, Intervention, Comparison, Outcomes</i>
PIP	<i>Practice Incentive Program</i>
PPO	<i>Preferred Provider Organization</i>
P4P	<i>Pay-for-Performance</i>
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
RTE	Recursos em Tempo Equivalente
SA	Sociedade Anónima
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
USD	<i>United States Dollar</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE TABELAS	v
LISTA DE ACRÔNIMOS	vii
I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJECTIVOS	3
2.1. <i>Objectivos específicos</i>	3
III. METODOLOGIA	4
3.1. <i>Revisão de literatura</i>	4
3.2. <i>Construção do modelo base</i>	5
3.3. <i>ULSBA: Aplicação do modelo</i>	6
IV. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
4.1. <i>Integração de cuidados</i>	10
4.1.1. <i>Evidência Internacional</i>	12
4.1.2. <i>Evidência Nacional: Unidades Locais de Saúde</i>	14
4.2. <i>Modelo de Incentivos: Financiamento das ULS</i>	15
4.2.1. <i>Financiamento capitativo</i>	16
4.2.1.1. <i>Vantagens e desvantagens</i>	17
4.2.1.2. <i>Caracterização e evolução</i>	18
4.2.2. <i>Financiamento capitativo e a integração de cuidados</i>	19
4.3. <i>Modelo de Incentivos: Profissionais das ULS</i>	20
4.3.1. <i>Estrutura e unidade de pagamento</i>	21
4.3.2. <i>Construção do modelo</i>	27
4.3.2.1. <i>Estrutura do modelo</i>	29
4.3.2.2. <i>Fluxos de incentivos</i>	30
4.3.2.3. <i>Unidade de pagamento</i>	31
4.3.2.4. <i>Mecanismos de Incentivo</i>	33
4.3.2.5. <i>Dimensões de análise</i>	34
4.3.2.6. <i>Seleção de indicadores</i>	35
4.3.2.7. <i>Enquadramento legal</i>	35
4.3.3. <i>Análise de benchmark</i>	37
4.3.3.1. <i>Austrália</i>	39
4.3.3.2. <i>Espanha</i>	39
4.3.3.3. <i>Estados Unidos da América (EUA)</i>	40
4.3.3.4. <i>França</i>	41
4.3.3.5. <i>Reino Unido</i>	41
4.3.3.6. <i>Portugal</i>	42
V. RESULTADOS	48
5.1. <i>Construção do modelo base</i>	48
5.1.1. <i>Estrutura e organização</i>	48
5.1.1.1. <i>Estrutura macro e dimensões de análise</i>	48

5.1.1.2. <i>Arquitetura dos fluxos de incentivos</i>	49
5.1.1.3. <i>Unidade(s) de pagamento</i>	50
5.1.1.4. <i>Indicadores</i>	50
5.1.1.5. <i>Mecanismos de incentivo</i>	52
5.1.1.6. <i>Avaliação do modelo</i>	52
5.1.2. <i>Plano de Implementação</i>	53
5.1.2.1. <i>Cenário de curto prazo (transição)</i>	53
5.1.2.2. <i>Cenário de médio / longo prazo</i>	53
5.1.3. <i>Factores críticos de sucesso e análise SWOT</i>	54
5.2. <i>ULSBA: Estudo Retrospectivo</i>	56
5.2.1. <i>Unidade de Pagamento</i>	56
5.2.1.1. <i>ULS:</i>	56
5.2.1.2. <i>Tipo de cuidados prestados: cuidados primários e hospitalares</i>	58
5.2.1.3. <i>Tipo de unidade e/ou áreas funcionais/especialidades por tipo de cuidados prestados</i>	58
5.3. <i>ULSBA: Estudo prospectivo</i>	58
5.3.1. <i>Cenário Base</i>	59
5.3.2. <i>Análises de sensibilidade</i>	63
VI. DISCUSSÃO	64
6.1. <i>Discussão metodológica</i>	64
6.1.1. <i>Revisão de literatura</i>	64
6.1.2. <i>Construção do Modelo base</i>	64
6.1.3. <i>ULSBA: Aplicação do modelo</i>	65
6.1.3.1. <i>Estudo retrospectivo</i>	65
6.1.3.2. <i>Estudo prospectivo</i>	65
6.2. <i>Discussão de resultados</i>	66
6.2.1. <i>Revisão de literatura</i>	66
6.2.2. <i>Construção do Modelo base</i>	67
6.2.3. <i>ULSBA: Aplicação do modelo</i>	68
6.2.3.1. <i>Estudo retrospectivo</i>	68
6.2.3.2. <i>Estudo prospectivo</i>	69
VII. RECOMENDAÇÕES	72
VIII. CONCLUSÃO	74
IX. BIBLIOGRAFIA	76
X. ANEXOS	84
Anexo I. <i>Síntese da evidência de literatura na análise comparativa entre modelos de incentivos com diferentes unidades de pagamento</i>	85
Anexo II. <i>Caracterização detalhada de cinco modelos de incentivos a profissionais em cinco diferentes países</i>	99
Anexo III. <i>Distribuição dos especialistas existentes e necessários por especialidade médico-cirúrgica</i>	102
Anexo IV. <i>Critérios de revisão sistemática de literatura</i>	103
Anexo V. <i>Diagrama PRISMA para a revisão sistemática da literatura</i>	105
Anexo VI. <i>Resultados do Estudo Retrospectivo</i>	106
Anexo VII. <i>Caracterização dos indicadores considerados no modelo de incentivos dos profissionais</i>	110
Anexo VIII. <i>Caracterização sumária dos pressupostos por indicador</i>	113
Anexo IX. <i>Exemplo de ficha técnica considerada por indicador</i>	120
Anexo X. <i>Estimativa dos custos e benefícios financeiros por indicador proposto</i>	121

I. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm vindo a confrontar-se - de forma mais aguda nos países designados por desenvolvidos - com desafios prementes decorrentes sobretudo de pressões resultantes da componente da procura. Entre estes desafios, destaca-se o aumento progressivo da esperança média de vida e a correspondente alteração do perfil epidemiológico, assim como o acentuar do processo geodemográfico de urbanização. Estes *drivers* têm reforçado a necessidade de (re)adaptação da oferta de cuidados de saúde, de modo a dotar o sistema de saúde de uma resposta efectiva e eficiente à procura, ou seja, às necessidades dos utentes.

No entanto, face a características intrínsecas do modelo organizacional e de prestação dos sistemas de saúde, verifica-se a subsistência de uma elevada estaticidade do sistema de saúde, incapaz de se reformar de uma forma contínua, estruturada e holística, encontrando-se circunscrito – regra geral - a adopção de reformas de cariz conjuntural.

Não obstante o referido, importa também apontar a concepção e maturação de diversas iniciativas de relevo. Neste contexto, a integração de cuidados, a diferentes níveis (macro, meso e micro), consubstancia uma das principais reformas consolidadas. Alicerçada na indivisibilidade e no carácter multiproduto associado à área da saúde, procura-se reverter o actual paradigma de organização e prestação, excessivamente fragmentado e centrado na unidade hospitalar, em prol de uma gestão holística de recursos ao longo da cadeia produtiva. As **Unidades Locais de Saúde (ULS)** corporizam um exemplo específico de integração vertical, compreendendo a gestão dos cuidados primários, hospitalares e, em alguns casos, continuados, sob a égide de uma única instituição.

Paralelamente, assistiu-se à alteração do modelo de financiamento institucional das ULS, com a transição do financiamento pela produção para o **financiamento capitativo**. Esta situação consubstancia – pelo menos no plano teórico - uma profunda alteração do paradigma de organização e de prestação de cuidados de saúde. Esta opção visa potenciar uma abordagem integral de gestão de recursos em prol da maximização do estado de saúde dos respectivos utentes, por oposição a um modelo tido como convencional, mais fragmentado e baseado nos níveis individuais de produção das unidades.

No entanto, embora a profunda alteração no modelo de financiamento institucional das ULS, esta mudança não foi acompanhada pelo mesmo processo ao nível individual, ou seja, **dos profissionais**. De facto, em virtude de contingências orçamentais, a recente evolução verificada, com a suspensão de alguns modelos de incentivos individuais e/ou de grupo, representa um retrocesso que onera a adequada gestão dos recursos humanos e, por conseguinte, o funcionamento de diversas instituições. Como força motriz da actividade assistencial, os profissionais desempenham um papel nuclear no seio de qualquer organização de saúde. Por conseguinte, a motivação pessoal e o total alinhamento dos profissionais para com os objectivos da ULS representam **factores críticos de sucesso** para potenciar o processo contínuo de criação de valor e, em última instância, garantir a sustentabilidade – técnica e financeira – das respectivas instituições. A não transposição dos incentivos institucionais para o nível individual, por via da promoção dos comportamentos correctos e/ou desincentivo dos incorrectos, tem permitido um forte desalinhamento entre os objectivos do pagador, do prestador de saúde e os dos respectivos profissionais que urge colmatar.

Com o presente trabalho visa-se analisar o modelo de financiamento adstrito às ULS, compreendendo a distribuição de incentivos ao nível da organização e das respectivas entidades integrantes, bem como dos próprios profissionais. De facto, uma total compreensão das vantagens e desvantagens inerentes ao modelo de financiamento capitativo das ULS é essencial para a posterior concepção e

implementação de um modelo de incentivos ao nível individual. Apenas assim é possível alinhar os objectivos institucionais das ULS com os dos próprios colaboradores.

Apesar da importância crescente destas unidades no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a integração vertical personificada pelas ULS **carece (ainda) de evidência empírica** contrastada que permita avaliar, de forma independente e sistemática, a evolução do processo de integração sob diferentes perspectivas e dimensões. Aliás, esta situação não é impar no espectro nacional, encontrando-se inclusivamente agudizada no que respeita ao modelos de incentivo de profissionais. Neste sentido, o presente trabalho visa dar um contributo para colmatar o supracitado, revestindo-se de carácter pioneiro no domínio das ULS em Portugal.

No que respeita à estrutura e organização, optou-se pela sua divisão em **sete secções**, a saber a(s)/o(s): objectivos; metodologia; enquadramento teórico; resultados; discussão; recomendações; e conclusão. De salientar a opção estratégica de alocação do enquadramento teórico numa fase posterior aos objectivos e metodologia (contrariamente à organização dita convencional). Esta opção decorre do facto do enquadramento teórico compreender, *per se*, um objectivo essencial para a posterior definição do modelo base proposto. Deste modo, para se assimilar o *rationale* e opções adoptadas nos critérios de revisão de literatura é indispensável compreender primeiro: (1) os objectivos que estão na génese do presente trabalho; e (2) a metodologia aplicada para os atingir.

Assim, no *primeiro* capítulo define-se os objectivos gerais delineados para o presente trabalho, bem como objectivos específicos, designadamente decorrentes da implementação de um caso prático desenvolvido numa ULS nacional.

De seguida, no *segundo* capítulo, apresenta-se a metodologia adoptada no presente trabalho, compreendendo a lógica inerente aos critérios de pesquisa de literatura, bem como a metodologia associada à definição e posterior aplicação do modelo de incentivos dos profissionais.

O *terceiro* capítulo compreende o enquadramento teórico da evidência empírica e análise de *benchmark* em torno da integração de cuidados de saúde, especificando a evolução histórica dos modelos de incentivos, a nível institucional e individual, nacional e internacional. Nesta secção visa-se detalhar os modelos de incentivos em vigor, particularizando sobre: (1) a metodologia de financiamento capitativo das ULS; (2) as unidades de pagamento consideradas em diferentes contextos de sistemas de saúde internacionais; e (3) os diferentes esquemas de incentivos individuais e unidades de pagamento actualmente em vigor nas ULS nacionais, designadamente em função da linha de produção ou programa assistencial, tipologia de unidade e categoria profissional.

A *quarta* secção compreende a apresentação dos resultados obtidos. Numa primeira fase apresenta-se o modelo de incentivo definido e posteriormente, num segundo momento, os resultados obtidos mediante a sua aplicação teórica no contexto específico de uma ULS. Em adição, apresenta-se a realidade actual específica de uma ULS nacional.

A discussão, que corporiza o *quinto* capítulo, compreende duas secções lógicas distintas. A primeira secção, relacionada com a abordagem metodológica utilizada, especifica o *rationale* inerente aos objectivos traçados e as limitações metodológicas encontradas. Numa segunda fase, procede-se a uma análise crítica dos resultados verificados e discussão de potenciais alternativas no contexto do financiamento capitativo das ULS.

O *sexto* capítulo combustancia as principais recomendações realizadas com base na evidência empírica analisada e/ou nos resultados registados.

O *sétimo* e último capítulo compreende um sumário executivo onde se realçam as principais conclusões retiradas do presente trabalho.

II. OBJECTIVOS

O presente trabalho tem como **objectivo geral** estudar a atribuição de incentivos a profissionais de saúde no contexto de integração vertical de cuidados.

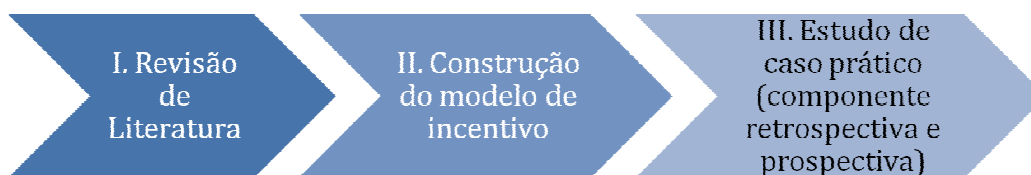
2.1. Objectivos específicos

- Analisar criticamente a situação actual modelo de financiamento ou incentivos a nível institucional (i.e. da ULS) e individual (i.e. dos diferentes profissionais da ULS), com recurso a evidência internacional e nacional;
- Construir um modelo base de incentivo de profissionais integrantes das ULS;
- Adaptar e implementar – no plano teórico - o modelo base supracitado mediante a realização de um estudo de caso no contexto específico da ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Para a consecução deste objectivo estabeleceram-se os seguintes dois sub-objectivos:
 - Analisar a realidade específica actual da ULSBA mediante a realização de um estudo retrospectivo *in loco*;
 - Estimar a viabilidade e impacto do modelo concebido sob diferentes dimensões, tanto na perspectiva da ULS como na dos diferentes profissionais de saúde directamente envolvidos;

III. METODOLOGIA

A metodologia adoptada compreende três fases distintas (sumariamente ilustradas na Figura 1) e descrita de seguida.

Figura 1. Sequência metodológica adoptada na consecução do presente trabalho.



Fonte: Figura de elaboração própria

3.1. Revisão de literatura

Numa primeira fase, consolidada na secção IV. Enquadramento teórico, a metodologia inerente adoptada baseia-se na consolidação e análise crítica da literatura existente em torno de modelos de incentivo a profissionais e o respectivo impacto sobre diversas dimensões, designadamente eficiência, efectividade, qualidade clínica e satisfação (dos utentes e dos profissionais). Para o efeito, procedeu-se à revisão sistemática da literatura com base:

- I. Nas principais bases de dados de literatura no domínio da saúde – *MedLine*, *Pubmed* e *Embase* – e de acordo com os **critérios de pesquisa presentes no Anexo IV**. A estratégia de pesquisa centrou-se na abordagem PICO (**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcomes), expressa nas linhas 1 a 19 do Anexo IV. Posteriormente, para aumentar a sensibilidade da pesquisa, procedeu-se a um segundo filtro que consubstancia a possibilidade de presença não cumulativa (operador *booleano* “ou”) de diversas palavras-chave nos títulos dos artigos em análise. Esta estratégia permitiu reduzir os **2.241** resultados da pesquisa inicial para **583** artigos.
- II. Na base de dados da *Cochrane Library*, contendo uma colectânea de evidência sistematizada, tanto a nível clínico como económico. Os critérios de pesquisa são em todo semelhante aos aplicados no ponto anterior. Adicionalmente procurou-se analisar evidência em torno da custo-efectividade de medidas (a nível macro, meso e micro) e intervenções específicas a incluir no modelo a conceber. Da pesquisa especificada foram retirados **171** artigos sendo que, após leitura do conteúdo do seu resumo alargado, apenas **24** preenchiam os critérios de inclusão;
- III. Bases de dados centradas exclusivamente em **evidência económica** - designadamente *NHS Economic Evaluation Database* - com a estratégia de pesquisa evidenciada no Anexo IV. Desta pesquisa foram retirados **21** artigos sendo que apenas **7** dos quais preenchiam os critérios de inclusão definidos, designadamente a existência de estudos de avaliação económica. Os critérios da revisão sistemática de evidência económica são - conforme evidenciado no Anexo IV – menos exaustivos mas para efeitos de exaustividade listam-se de seguida:
 - *incentive* or compensation**
 - *pay for performance or salary or fee for service or capita**
 - *professional* or physician* or nurse* or doctor**
 - *cost* or economic* or model**
 - *1 and 2 and 3 and 4*
- IV. Abordagem *ad-hoc* de pesquisa de literatura com base nas principais referências dos principais artigos identificados (método de pesquisa de *cross-reference*). Esta abordagem visou garantir a amplitude da revisão sistemática, potencialmente afectada pela metodologia de maximização da sensibilidade descrita no ponto I.

O Anexo V descreve o **diagrama de fluxo** relativo à revisão sistemática previamente descrita. Assim, partindo de um universo global de **955** artigos (incluindo apenas artigos com resumos disponíveis, obtidos por diversas bases de dados e após eliminação de duplicações) procedeu-se à análise de 183 artigos completos que preenchiam os critérios de elegibilidade especificados, i.e. após a exclusão de artigos de acordo com os critérios referidos no Anexo V para a revisão sistemática da literatura. Da leitura completa dos 183 artigos referidos, procedeu-se à exclusão adicional de 86 artigos (pelos motivos dispostos no Anexo V para a revisão sistemática da literatura), perfazendo um total de **97** artigos completos incluídos na análise de revisão sistemática. Dos 97 artigos seleccionados, **45** apresentam evidência em torno do impacto esperado e/ou observado em função da unidade de pagamento considerada e os remanescentes **42** dizem respeito a publicações relevantes no contexto da construção de modelos de incentivos (sem no entanto apresentar evidência quantitativa).

De referir ainda a realização de pesquisas não sistemáticas de literatura, visando a inclusão de **artigos de fontes diversas não homogêneas**, que preencham um dos critérios de selecção:

- Evidência em torno do desenvolvimento de modelos de prestação baseados na integração vertical de cuidados. Neste ponto concedeu-se particular relevo à realidade dos EUA, com um processo evolutivo diversificado (AMO, ACO, HMO);
- Inclusão de documentação oficial da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e outras entidades competentes no que respeita à avaliação do processo evolutivo dos modelos de financiamento caputivo associados às ULS;
- Descrição e avaliação crítica dos modelos de incentivos aos profissionais em vigor nas ULS, em contraste com a evidência internacional, tendo por base, a título ilustrativo, diferentes variáveis:
 - Entidade prestadora (e.g. USF, Hospital, ACES, ...), tipologia de profissional (e.g. médico, enfermeiro, ...) ou o programa ou linha de produção (e.g. internamento, urgência, SIGIC).

3.2. Construção do modelo base

Posteriormente, numa segunda fase, procedeu-se à **construção de um modelo de incentivo base aos profissionais** com recurso à ferramenta Microsoft Excel 2007.

O referido modelo tem como separadores chave: (1) um painel de controlo ou *tableau du board*; (2) uma tabela resumo com a informação chave do modelo; e (3) uma ficha técnica para cada um dos 44 indicadores definidos (à semelhança do disposto no Anexo IX).

O primeiro separador, designado de **painel de controlo**, congrega diversos parâmetros, a saber o(a):

- Esforço financeiro da ULS por dimensão de análise e o respectivo desvio face aos objectivos estabelecidos numa fase inicial;
- Custos e benefícios financeiros, por indicador considerado, na perspectiva da ULS. Em adição, estima-se o impacto em função do tipo de prestador envolvido (i.e. de forma transversal à ULS ou exclusivamente cuidados primários ou hospitalares);
- Valor absoluto e percentual (em função dos salários base) dos incentivos financeiros na perspectiva dos profissionais. Esta informação encontra-se disposta para os diferentes períodos de evolução considerados no plano de implementação.

O segundo separador consubstancia uma **tabela resumo** do modelo, listando a seguinte informação por indicador em análise:

- Tipo de dimensão;
- Tipo de indicador (processo, resultado ou estrutura);
- Destinatário (grupo ou individual);

- Categoria profissional envolvida; tipo de unidade destinatária (ULS, cuidados primários ou cuidados hospitalares);
- Custo e benefício financeiro na perspectiva da ULS e dos profissionais por categoria;
- Benefício financeiro individual por profissional de cada categoria profissional e tipologia de unidade (cuidados primários e hospitalares).

Por último, para cada um dos 44 indicadores considerados construiu-se uma **ficha técnica individual**. À semelhança do disposto no Anexo IX, considera-se diversos parâmetros, a saber a(o): designação por extenso do indicador; descrição e objectivo do indicador; dimensão em análise; tipo de indicador; unidade de medida; período de monitorização; critérios de inclusão; *output* final; referências bibliográficas; e um campo livre de observações. Em adição, incluiu-se o responsável pela monitorização da evolução de cada indicador, bem como os diferentes tipos de destinatários em função da unidade (ULS, cuidados primários ou hospitalares) e categoria profissional.

No que respeita à **validade** do modelo proposto, importa destrinçar as componentes interna e externa. Em relação à validade interna aponta-se a utilização de diversas células de controlo que garantem a coerência matemática do modelo de incentivos proposto. Por outro lado, no que respeita à componente externa, visou-se a validação do conteúdo mediante a utilização de parâmetros baseados em dois tipos de fontes de dados, a saber informação: (1) capturada durante o processo de revisão de literatura; e (2) oficial obtida junto de diversas entidades reguladoras, com particular destaque para os diversos contratos-programas das ULS e diversos documentos de suporte com a respectiva metodologia.

3.3. ULSBA: Aplicação do modelo

Após a concepção do modelo, numa terceira fase, procedeu-se à realização de um estudo de caso na ULSBA. Para o efeito procedeu-se à execução de duas análises distintas, embora complementares entre si, a realização de: (1) um estudo **retrospectivo in loco**, visando caracterizar a realidade específica da ULS previamente à aplicação de um novo modelo de incentivo aos profissionais; e (2) um estudo **prospectivo** tendo como metodologia a adaptação do modelo base de incentivo definido na secção 3.2. à realidade específica da ULSBA.

Para a consecução do **estudo retrospectivo** procedeu-se ao levantamento exaustivo de informação da ULS, compreendendo designadamente a análise do tipo e relevância das unidades de pagamento nos incentivos individuais presentes por: (1) categoria profissional (e.g. médicos, enfermeiros, administrativos); (2) tipo de cuidados prestados (e.g. cuidados primários ou secundários); (3) tipo de unidade nos cuidados primários de saúde e serviço/especialidade por linha de produção (e.g. internamento, cirurgia) e/ou grupo específico (e.g. cirurgia de SIGIC). No que respeita ao tipo de dados, o estudo retrospectivo compreendeu a análise de bases de dados (maioritariamente de índole clínica, financeira e de recursos humanos) disponibilizadas pela ULS;

Por outro lado, no que respeita ao **estudo prospectivo**, este visou o povoamento de todos os parâmetros descritos na secção 3.2., tendo por base a realidade específica da ULSBA, capturada com recurso ao estudo retrospectivo. Para além disso, diversas tarefas foram concretizadas, a saber a(o):

- Adopção de cenários alternativos variáveis que permitam acomodar cenários de transição (de 3 a 5 anos) a partir da actual realidade das ULS em estudo. A inclusão de diversos cenários visa retratar as especificidades e características intrínsecas da própria ULS bem como o contexto jurídico vigente relativo aos recursos humanos em unidades prestadoras de cuidados de saúde

(e.g. percentagem de profissionais ao abrigo do contrato de função pública que desejam realizar um contrato individual de trabalho e submeter-se ao modelo de incentivos proposto).

- Apresentação de uma **análise SWOT** do modelo proposto. A respectiva metodologia desta análise baseia-se em evidência recolhida de literatura, bem como da percepção individual do autor bem como de profissionais da ULSBA contactados (embora as opiniões destes últimos não tenham sido capturadas com base em inquéritos estruturados);
- **Reajuste do modelo base** – previamente construído na etapa anterior – em função da informação recolhida no estudo retrospectivo. Neste ponto, o *input* dos responsáveis da ULS foi essencial para a definição de pressupostos chave, alinhando o modelo com os objectivos específicos da ULS. Deste modo, o estudo compreendeu a utilização de diversos tipos de dados, como:
 - Análise de bases de dados assistenciais, designadamente para estimativa dos níveis de complexidade (base de dados dos GDHs). A análise desta informação permitiu aferir diversos valores, designadamente a demora média da ULSBA. Posteriormente, por contraste com a demora média expectável (tendo por base o critério de demora média pura da Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril) foi possível aferir potenciais desvios;
 - Exploração de bases de dados não assistenciais, designadamente de índole financeira. Desta forma foi possível aferir, entre outros, o custo unitário directo por dia de internamento;
 - Análise de documentação oficial da ULS, designadamente relatórios de actividade e planos e contas e planos de negócio;
 - Análise do relatório de satisfação de utentes e profissionais da ULSBA durante o ano de 2010, conduzido por uma entidade externa, no caso uma instituição universitária;
 - Definição do valor de referência actual para cada um dos indicadores considerados e a meta estabelecida, a par da forma de distribuição do incentivo.
- Realização de **análises de sensibilidade** às principais variáveis do modelo, procurando analisar a robustez do modelo e o potencial impacto financeiro associado à sua utilização.

IV. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Todas as estruturas organizacionais, independentemente da sua natureza ou área de negócio, apresentam objectivos e incentivos que norteiam a sua actuação. No caso específico da área da saúde e de uma instituição prestadora de cuidados de saúde de direito público, o seu objectivo baseia-se na prestação de cuidados de saúde baseados na evidência, observando critérios de qualidade, equidade, efectividade e eficiência, de acordo com as contingências financeiras do pagador.

Decorrente do presente estrangulamento financeiro nacional - e por inerência do SNS - tem-se colocado uma ênfase acrescida na avaliação da dimensão **eficiência**, designadamente na sustentabilidade financeira do SNS. Este debate - comumente repleto de ideias pré-concebidas - gerou-se em torno da crescente despesa de saúde e consequente necessidade de reformulação do actual modelo de financiamento de cuidados de saúde. De facto, o aumento - a médio/longo prazo - da despesa de saúde é inevitável e resulta de pressões decorrentes tanto da componente da oferta como da procura.

Analisando primeiro a componente da **oferta**, salienta-se o desenvolvimento tecnológico como principal *driver* de custo, secundado pelo aumento do rendimento disponível (Barros, 2009). No que respeita à componente da **procura**, importa referir as expectativas e necessidades crescentes dos cidadãos resultado, sobretudo, do envelhecimento da população, da mudança do paradigma da doença (de doenças transmissíveis para doenças crónicas não transmissíveis) e da agudização do processo geodemográfico de urbanização.

A compreensão dos factores supracitados é essencial para se formular reformas estruturais que potenciem uma nova abordagem, assente em critérios de custo-efectividade. De facto, a concepção e implementação de qualquer reforma - independentemente da sua natureza - deve apresentar uma análise do respectivo impacto, a diferentes dimensões, no sistema de saúde. Algumas das principais dimensões de análise referem-se de seguida.

No que respeita à dimensão **qualidade assistencial** e **efectividade** dos cuidados prestados, importa referir os indicadores de qualidade positivos, em particular ao nível do aumento da esperança média de vida (EMV) e redução da taxa de mortalidade infantil e prematura. Paralelamente, ainda que menos noticiado, importa igualmente reter que a melhoria da EMV tem sido acompanhada pelo aumento dos níveis de morbilidade. De facto, os resultados dos anos de vida saudáveis nacionais são, quer em termos relativos quer absolutos, notoriamente inferiores - em particular para o sexo feminino - aos restantes países da União Europeia (OECD, 2012). Estes resultados, embora devam ser interpretados com precaução - devido ao conceito de responsabilidade individual sobre o *stock* de saúde e a contribuição diferenciada de outros sectores da sociedade para os níveis de saúde da população-, revelam uma capacidade de resposta do próprio sistema de saúde mais adequada para episódios agudos do que de natureza crónica. Por outras palavras, o sistema de saúde revela um perfil eminentemente curativo e reactivo, com limitada capacidade de promoção da saúde e prevenção da doença.

De seguida, mas não menos importante, destacam-se as dimensões da **acessibilidade** e **equidade**. Focando a análise na equidade na prestação e no acesso a cuidados de saúde (primários e secundários), verifica-se a existência de desigualdades decorrentes de: (1) assimetrias geográficas na prestação e acesso a cuidados (distribuição desigual de recursos humanos e técnicos); e (2) limitações de acesso a cuidados diferenciados de saúde, designadamente a consultas de especialidade (inequidade em favor de utentes com maior nível de rendimentos) (OECD, 2012). Estas dimensões devem ser analisadas em conjunto com uma terceira, a eficiência, dada a necessidade de

estabelecimento de relações de *trade-off* entre os níveis de equidade/acessibilidade e de eficiência do sistema de saúde.

Finda a contextualização macro da evidência existente em torno dos resultados – sob diversas dimensões – do sistema de saúde português, importa compreender a sua **evolução** e os respectivos **constrangimentos** existentes no modelo de financiamento, organização e prestação de cuidados de saúde. De facto, os resultados descritos decorrem de um processo evolutivo de (re)adaptação do sistema de saúde, i.e. da oferta, às necessidades evolutivas da componente da procura. Por este motivo, antes de se implementar uma reforma, importa compreender o processo de evolução histórico.

O actual sistema de saúde resultou de uma laboriosa tarefa de (re)construção sustentada e progressiva ao longo de mais de trinta anos. No entanto, não raras vezes verificou-se a tomada de decisões – a nível macro e, sobretudo, micro – de acordo com as preferências individuais da oferta ou a adopção de reformas meramente conjunturais, como resultado imediatista de contingências financeiras de curto prazo. No entanto, em particular num momento de estrangulamento financeiro (como o actual), importa que se conserve os fundamentos éticos do sistema de saúde português. O exposto não deve no entanto ser confundido com uma postura de imutabilidade, o que conduziria, inevitavelmente, ao definhamento do actual sistema de saúde. A adopção de reformas estruturais pode e deve ser encarada como a única alternativa capaz de potenciar o valor criado pelo sistema de saúde, visando a correcção de diversos desvios estruturais e organizacionais que reduzem o seu nível de eficiência e efectividade. De entre esses desvios destaca-se a(o):

- **Sobreposição entre os sectores públicos e privados** no financiamento e prestação de cuidados de saúde, verificando-se regimes de dupla e tripla cobertura que contribuem para a ineficiência do próprio sistema de saúde;
- **Hospitalocentrismo crónico** reinante nos sistemas de saúde internacionais, acentuado no caso nacional (mais de 50% da despesa total em saúde situa-se nos cuidados hospitalares), sem que exista consenso quanto à efectividade e sustentabilidade – técnica e financeira - deste modelo;
- **Fragmentação da prestação dos cuidados** de saúde, resultado de uma reduzida integração e articulação entre unidades de saúde, em particular entre os cuidados primários e hospitalares;
- **Desadequação do modelo de prestação**, traduzindo-se numa incapacidade para dar uma resposta resolutiva às necessidades da população, em particular aos doentes crónicos, e uma excessiva orientação para curar - não prevenir - a doença. Dado o impacto financeiro da promoção para a saúde se repercutir no médio/longo prazo, a aposta na medicina preventiva continua a deparar-se com um eminente obstáculo - a falta de dotação de recursos financeiros;
- Elevada rigidez e **reduzida capacidade de antecipação** e/ou reacção dos sistemas de saúde a alterações estruturais, em particular a modificações das necessidades da oferta.

Deparados com a evidência e a imposição externa de reformas, é essencial actuar sobre duas componentes intrínsecamente relacionadas: (1) por um lado, a procura, i.e. os cidadãos, promovendo a alteração dos seus comportamentos e estimulando a sua autonomia e coresponsabilização prévia sobre o seu próprio *stock* de saúde (sem punição do utente no momento de consumo de cuidados); e, (2) por outro, a oferta, apostando num progressivo alinhamento dos serviços prestados com vista a uma gestão integral da doença ou, ainda melhor, gestão integral da saúde dos cidadãos.

A integração vertical de cuidados de saúde, concretizada na personagem jurídica das ULS, consubstancia uma das principais reformas realizadas no espectro nacional que apresenta potencial para actuar em simultâneo sobre ambas as componentes, i.e. a procura e a oferta. Para tal, contempla-se uma nova abordagem, centrada e direccionada para o utente, com maior articulação dos diversos

tipos de prestadores do sistema de saúde. Esta resposta passa pelo reforço das componentes de promoção para a saúde e prevenção da doença, como uma aposta resolutiva e integrada às crescentes necessidades de cuidados crónicos e continuados (Costa, Santana e Boto, 2008)

Apesar das importantes reformas adoptadas ao longo do tempo de existência do sistema de saúde português, existe um significativo **espaço para melhoria** pois, em muitos casos, ainda se continua a endereçar os problemas do futuro com a organização e estruturas do passado. Torna-se portanto essencial **perspectivar o futuro recorrendo ao conhecimento e experiências piloto realizadas**, para que as medidas a ser implementadas não se tornem inócuas, por falta de adequação e aplicabilidade prática. Para tal, é essencial comparar a efectividade e eficiência de políticas e modelos já implementados, aliando a experiência obtida no sistema de saúde nacional com os resultados registados noutros países de referência (análises de *benchmark*). Consciente deste objectivo, o presente trabalho visa conceder um importante contributo na análise da actual realidade das ULS.

Tendo como ponto de partida a integração vertical de cuidados de saúde, procura-se analisar o modelo de incentivos institucionais e de profissionais existentes nas ULS, focando-se a sua adequação face aos objectivos das ULS no contexto do sistema de saúde. Para o efeito, nas próximas subsecções, segue-se o seguinte fio lógico condutor: (1) identificação dos objectivos intrínsecos à integração vertical de cuidados e principal evidência existente, a nível nacional e internacional; (2) comparação de diferentes modelos de financiamentos, concretizando, em maior detalhe, a evolução histórica e o modelo de incentivos das ULS actualmente em vigor; (3) comparação detalhada, com recurso a evidência de literatura, da estrutura de diversos modelos de incentivos de profissionais, avaliando o seu potencial impacto e relevância sobre diversas perspectivas (e.g. utente, prestador, pagador) e dimensões (e.g. eficiência, qualidade, acessibilidade, satisfação do utente e do profissional).

4.1. Integração de cuidados

A organização estrutural do sistema de saúde, caracterizada por unidades excessivamente compartimentadas, com inexistente/reduzido nível de integração (sob diversas dimensões, em particular a clínica), potencia uma prestação de cuidados descontinuada e desintegrada, comumente apontada como um dos principais factores gerador de disfunções organizacionais no interior do sistema de saúde. A indivisibilidade e o carácter multiproduto associado à área da saúde, a par da gestão custo-efectiva de recursos, impõem a **reversão do vigente paradigma** “hospitalocentrista” e a (re)adaptação da estrutura e organização existente de forma a dar resposta efectiva e eficiente aos objectivos do sistema de saúde, ou seja, às necessidades dos utentes.

Apesar da sua relevância no domínio da saúde, o termo integração é comumente utilizado por utilizadores de diferentes perspectivas com sentidos diversos. A integração pode, conforme referido por (Santana e Costa, 2008), citando Sobczak, ser equacionada sobre diversas perspectivas, tratando-se de um tema amplo que não se esgota nos seus objectivos. Esta situação, aliada ao facto do tema ser politicamente sensível, cria um enquadramento para campanhas de desinformação e polarização desnecessárias (WHO, 2008). Para obviar esta situação é essencial contribuir para a discussão com base em estudos empíricos que permitam, de forma construtiva, analisar os diferentes níveis de integração contemplados, e retirar (ou não) ilações e evidência em torno da necessidade de desenvolvimento de sistemas de saúde integrados. A integração deve constituir-se como uma **estratégia de médio/longo prazo**, não dominada pelo imediatismo habitual de resultados (apesar de parecerem existir *quick wins*, em particular nas dimensões administrativa, financeira e sistémica) que permita a evolução a partir de um sistema de saúde fragmentado para um modelo integrado e sustentado a diferentes níveis.

A integração de cuidados, no contexto do presente trabalho, compreende um processo produtivo único com a participação e responsabilidade de uma entidade única e não, à semelhança do que sucede actualmente, um conjunto de etapas prestadas de forma descontinuada por diversos prestadores de saúde com interesses específicos (por vezes) não concordantes. Neste sentido, conforme ilustrado na Figura 2, a integração de cuidados compreende diversas dimensões: 1) estrutural (seja horizontal e/ou vertical); 2) funcional (a nível clínico, de informação, financeira e administrativo); 3) normativa; e 4) sistémica (Leatt, Pink, e Guerriere 2000).

Figura 2. Diferentes dimensões consideradas no contexto da integração de cuidados de saúde.

1. Estrutural	2. Funcional	3. Normativa	4. Sistémica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horizontal: uma entidade é responsável pela gestão de instituições com o mesmo nível de cuidados (e.g. Centros Hospitalares); ▪ Vertical: uma entidade é responsável pela gestão de instituições complementares no âmbito do continuum de cuidados (e.g. ULS). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica: coordenação de práticas clínicas de acordo com critérios de continuidade e articulação; ▪ Informação: interligação, com recurso a tecnologias de informática, dos dados e informação (e.g. processo clínico electrónico); ▪ Financeira: coordenação única dos recursos financeiros com vista à maximização da eficiência; ▪ Administrativa: coordenação e uniformização das actividades administrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjunto de normas e procedimentos escritos reconhecidos por todos os elementos constituintes. Tipicamente esta unidade é consubstanciada pelo decreto-lei que corporiza a forma jurídica da unidade e, numa perspectiva interna, o regulamento interno da instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração dos elementos da organização (colectivos e individuais) mediante um planeamento estratégico único e de visão holística, corporizado na missão, visão, objectivos e estratégia da instituição.

Fonte: Figura de elaboração própria a partir de Santana, 2012.

A reforma de **integração vertical** consubstanciada com a criação das ULS procurou posicionar-se exactamente como uma força motriz indutora da mudança. Como *rationale*, visou-se estabelecer uma relação explícita entre a dotação orçamental adstrita ao financiamento de cuidados de saúde e uma abordagem populacional no planeamento e afectação de recursos, centrada numa aposta na gestão integrada de cuidados de saúde, em particular ao nível de utentes com doenças crónicas. Neste contexto, urge alertar para a carga económica resultante da doença crónica, responsáveis por uma elevada percentagem da despesa em saúde. De acordo com a ACSS (2011), verifica-se **a regra dos 5/50 ou 10/70**, i.e. apenas 5% e 10% da população são responsáveis, respectivamente, por mais de 50% e 70% da despesa em saúde. Uma vez que as doenças crónicas representam um ónus para os indicadores de saúde pública e para o erário público é essencial adoptar reformas que contrariem esta situação, promovendo a prevenção, o apoio da auto-gestão da doença e a gestão articulada dos casos mais complexos. De acordo com Fernandes, Barros e Fernandes (2011), o desafio que se coloca é o de efectivamente organizar a prestação de cuidados para evitar episódios agudos em utentes portadores de doença crónica.

No entanto, no mesmo País, paradoxalmente, tem-se assistido à criação de novas estruturas e organizações, em particular ao nível dos cuidados primários (e.g. USF) com uma superior autonomia (a diversos níveis) face às diversas unidades de saúde pré-existentes. As USFs, apesar dos correntes *sound bites* positivos (sem evidência empírica contrastada em torno da sua custo-efectividade), parecem, *a priori*, contribuir para uma maior fragmentação dos cuidados de saúde, dificultando a integração a nível meso e micro. O supracitado não significa que não se partilhe da necessidade de conferir autonomia técnica, administrativa e, inclusive, financeira a estruturas prestadoras de menor dimensão, sempre e quando este processo seja realizado no contexto de um processo alargado de integração de cuidados. A não observação desta premissa pode contribuir para um incremento da **“balcanização” entre diversos prestadores e a consequente fragmentação dos cuidados**. Esta situação encontra-se ainda mais agudizada face à evidente disparidade de modelos de financiamento

e de incentivos (a nível colectivo e individual) em vigor entre prestadores da mesma tipologia de cuidados (e.g. USF vs ACES/UCSP).

O processo de integração que se foque em exclusivo numa dimensão (designadamente na dimensão estrutural, normativa ou sistémica) afigura-se *per si* redutor, **não permitindo a adopção de medidas estruturais** que potenciem uma resposta efectiva e eficiente às necessidades dos utentes, assente em processos de integração funcional. Assim, no âmbito do presente trabalho pretende-se retratar exclusivamente os processos de integração vertical de cuidados, personificados pelas ULS, compreendendo a análise da evidência existente a nível nacional e internacional.

4.1.1. Evidência Internacional

Nesta secção procede-se à caracterização da evidência internacional, tendo-se optado por restringir a avaliação dos EUA por apresentar um maior histórico de evolução, retratando diferentes realidades no contexto da integração de cuidados e financiamento adstrito.

Os EUA apresentam uma elevada despesa em saúde, caracterizada por elevadas taxas de crescimento histórico. No contexto de um sistema de saúde dominado por uma matriz competitiva com pagadores e prestadores de natureza privada, um dos principais objectivos das principais reformas elencadas ao longo das últimas décadas visou aumentar os níveis de eficiência e conter a despesa de saúde. Entre estas reformas, destacam-se transformações de índole organizacional (e.g. HMOs, PPOs e ACOs) e financeiro (e.g. P4P e ACOs).

As HMOs (**H**ealth **M**aintenance **O**rganization) - criadas em 1973 - visaram potenciar a integral vertical de cuidados de saúde (com um pacote de serviços fixo variável) para um determinado número de utentes. Primariamente, as HMOs visaram colmatar o crescimento da despesa em saúde, mediante um controlo mais custo-efectivo da organização e utilização de cuidados de saúde. No entanto, o controlo de utilização, designadamente através do ponto de contacto entre o utente e o sistema – i.e. o médico de cuidados primários – promoveu uma crescente insatisfação do utente e do prestador face ao sistema de saúde protagonizado pelo HMOs. Segundo Miller e Luft 2002, no cômputo geral e apesar da controvérsia verificada, os HMOs parecem não ter atingindo os objectivos a que se propuseram. De facto, a maioria dos resultados da revisão sistemática, apontam no sentido da redução dos níveis de satisfação dos utentes, deterioração da acessibilidade assistencial e evidência mista ao nível dos indicadores de qualidade assistencial (Miller e Luft, 2002; Luft, 2003; Scanlon et al., 2005; Born e Query, 2010). Quanto à dimensão eficiência, verificou-se uma tendência favorável em prol dos modelos HMOs, em particular no que concerne à maior utilização dos cuidados primários e preventivos e, paralelamente, uma menor utilização de recursos dos cuidados secundários (Miller e Luft, 2002). Por último, no que respeita à satisfação dos profissionais salienta-se que a potencial alteração do modelo de prestação assistencial inerente aos HMOs – quanto percebido pelos profissionais como indevido ou excessivo – tende a reduzir os seus índices de satisfação e empenho profissional (Freeborn, 2001). Não obstante a validade da evidência supracitada, os resultados registados salientam a existência de importantes assimetrias loco-regionais entre prestadores e existência de evidência mista em diversas dimensões.

Como consequência da insatisfação crescente, os utentes dos seguros abandonaram progressivamente o modelo organizacional corporizado nas HMOs em prol de sistemas com menor controlo do nível de utilização, designadamente as PPOs (**P**referred **P**rovider **O**rganizations). As PPOs são semelhantes ao modelo presente nos HMOs, com duas diferenças fundamentais: (1) o utente detém uma maior liberdade de decisão, podendo recorrer com maior liberdade aos prestadores sem o controlo exercido pelo médico de cuidados primários (presente no modelo HMOs) e a rede

prestadora previamente definida; e (2) os prestadores são remunerados maioritariamente pela produção realizada, numa lógica de pagamento pelo acto.

A análise retrospectiva da despesa total de saúde permite concluir que a redução das taxas de crescimento se deveu mais à evolução favorável dos custos (por via do preço) do que propriamente a uma superior gestão dos cuidados de saúde. De facto, a integração por via normativa, seja as HMOs ou as PPOs, foi incapaz de reverter a espiral de crescimento da despesa, devido à incipiente integração de cuidados sobre a dimensão clínica. De facto, a manutenção de reduzidos níveis de integração, a par do crescimento da despesa em contexto de insuficiência financeira, agudizou a necessidade de reformas estruturais no fragmentado sistema de saúde norte-americano. À cabeça destas reformas, situa-se as ACO (**A**ccountable **C**are **O**rganization), corporizadas num diploma legal de 2010 (comummente designado de *ObamaCare*, em referência ao actual presidente dos EUA).

As ACOs corporizam um modelo organizacional de assistência integral, com um reforço e co-responsabilização financeira em função de um total de 33 indicadores de qualidade e de eficiência registados (Bao, Casalino e Pincus, 2012; Lowell e Bertko, 2010). O *rationale* inerente a este modelo visa consubstanciar um aumento dos índices de qualidade, mediante a criação de incentivos financeiros em prol da integração e coordenação clínica, promovendo a *accountability* de todo e qualquer prestador no contexto do sistema de saúde em que se integram. Pelo seu âmbito de aplicação, as ACOs consubstanciam a (re)aplicação de modelos previamente existentes – designadamente modelos de pagamento pela performance (P4P) – com o acréscimo de incentivos adstritos ao nível da integração clínica de cuidados de saúde. Tanto na perspectiva dos pagadores como dos prestadores, os ACOs representam uma solução intermédia entre os HMOs, com um elevado controlo dos níveis de utilização, e os modelos PPOs, com maior liberdade de escolha e um maior custo adstrito.

Para operacionalizar as ACOs, as unidades de pagamento contempladas a nível **individual** resultam da conjugação variável de três componentes, a saber: (1) pagamento de um valor de pagamento por acto (como sucedia nos modelos anteriores, e.g. PPOs); (2) valor fixo em função do número de utentes adstritos a cada ACOs; e (3) pagamento de incentivos baseados na performance, ao nível da qualidade assistencial e níveis de eficiência (Lowell e Bertko, 2010). Este modelo, com as unidades de pagamento subjacentes, permite, em teoria, **combater a fragmentação de cuidados**.

Em virtude do breve período temporal decorrido a partir da introdução das ACOs a evidência empírica existente é escassa, tornando-se complexo analisar o impacto a curto prazo desta reforma. No entanto, a título de exemplo, salienta-se os resultados verificados num estudo de intervenção que mimetiza a introdução da reforma corporizada pelos ACOs (Song et al. 2011). No estudo referido verificou-se um incremento dos custos no grupo de intervenção, embora 1,9% inferior – e de forma estatisticamente significativo ($p=0,007$) – ao grupo de controlo. Similarmente, verificou-se uma melhoria da performance dos indicadores de qualidade, embora apenas em alguns indicadores. Importa ainda referir que a redução relativa dos custos (i.e. face ao grupo de controlo) não se ficou a dever a uma redução dos níveis globais de utilização mas sim a uma mudança nos hábitos de referenciação para cuidados diferenciados.

Em suma, as experiências históricas – designadamente os modelos HMOs e PPOs – evidenciam que a implementação dos **ACOs encontra-se imbuída de um elevado nível de incerteza**, podendo apresentar impacto variado ao nível das diferentes dimensões de análise em função do contexto específico da realidade de cada prestador (Larson et al. 2012; Crosson, 2011; Lowell e Bertko, 2010).

4.1.2. Evidência Nacional: Unidades Locais de Saúde

A transformação **normativa** dos serviços de saúde (e.g. agrupamento de unidades de saúde ao abrigo de uma nova estrutura) não introduz *per si* melhoria dos resultados de saúde. Esta situação, conforme referido por Curry e Ham (2010) apenas pode decorrer da acção sustentada e continuada no tempo de iniciativas que alinhem os interesses dos diversos *players* intervenientes. É precisamente neste contexto que se enquadram as ULS. O referido parece estar em linha com os resultados apontados por ENSP (2010) onde, apesar da metodologia se basear em inquéritos, 41% dos inquiridos (colaboradores de diversas ULS) refere a inexistência ou reduzidos níveis de integração funcional nas ULS nacionais. Assim, para que a integração entre níveis de cuidados seja efectiva, e não apenas uma redutora figura de estilo, é factor crítico de sucesso a **total reformulação e revolução do respectivo modelo de governação das ULS**, repensando toda a lógica organizacional e funcional entre unidades, num contexto de estreita parceria e capacitação dos colaboradores chave dos distintos prestadores da ULS.

A estrutura organizacional deve apresentar uma dinâmica evolutiva face a factores externos, que enquadre simultaneamente a diferenciação funcional dos profissionais e a integração de diferentes conhecimentos e programas assistenciais (Santana et al., 2009). Os possíveis arranjos organizacionais compreendem uma organização estritamente funcional, em função das categorias profissionais, ou orientada para a integração de programas específicos, designadamente ao nível de patologias específicas. Uma solução intermédia combina um **enquadramento matricial** das categorias profissionais com os programas específicos de saúde a desenvolver no âmbito do *continuum* de cuidados. A título ilustrativo, considera-se na Figura 3, um desenho matricial de gestão de um programa de saúde, no caso orientado para utentes com diabetes, com a gestão funcional e envolvimento de vários profissionais (e.g. médicos dos cuidados primários e hospitalares, enfermeiros e outros profissionais), de diversas unidades de saúde da ULS (e.g. unidades de cuidados primários e hospitalares).

Figura 3. Gestão matricial do contínuo de cuidado associado a um utente diabético



Fonte: Figura de elaboração própria a partir Santana et al., 2009.

Actualmente coexistem **8 ULS** que **representam cerca de 650M€** de financiamento, o equivalente, em 2013, a 8% do orçamento total do SNS, e mais de 10% da população nacional. A elevada dotação orçamental adstrita às ULS consubstancia uma forte aposta na sua validade enquanto “ferramenta” de gestão integrada de cuidados, em particular na promoção da saúde, gestão da doença crónica e de coordenação entre níveis de cuidados. Com efeito, a verticalização dos cuidados de saúde representa, sobretudo nas zonas mais ruralizadas e economicamente deprimidas, um importante instrumento para promover a assistência integral e alinhar a prestação com as necessidades da população.

As ULS potenciam (em teoria) uma verdadeira abordagem populacional no planeamento e afectação de recursos, mas também de **custo-efectividade**, visando aumentar os níveis de eficiência e de sustentabilidade do SNS (Leatt, Pink e Guerriere, 2000). Estas medidas de integração visam capitalizar mais-valias ao nível da **qualidade assistencial** mas também critérios de índole **económico-financeiro** ao: potenciar sinergias inter-serviços; fortalecer o poder negocial e reduzir custos através de economias de escala; e consolidar o contínuo de cuidados assistenciais, promovendo actividades preventivas e a redução dos níveis de utilização de cuidados diferenciados.

Apesar das vantagens supracitadas importa também alertar para potenciais desvantagens. As ULS poderão, em função do modelo de financiamento vigente, apresentar tendência para a **subutilização** - com restrições de acesso e selecção adversa de doentes mais dispendiosos - e/ou **sobrerreferenciação** - sem respeito pelos critérios inscritos nas redes de referenciação - para unidades fora da área de influência (AI) da ULS.

Resumidas que estão as principais vantagens e desvantagens, importa analisar se o método como os prestadores de cuidados de saúde (a nível colectivo e individual) são remunerados, bem como os objectivos que perseguem, influenciam ou não os resultados obtidos pelas ULS. Em caso afirmativo, de acordo com a premissa que os indivíduos e as organizações não são imunes aos incentivos, **qual o modelo (mais) adequado para garantir a integração de cuidados?**

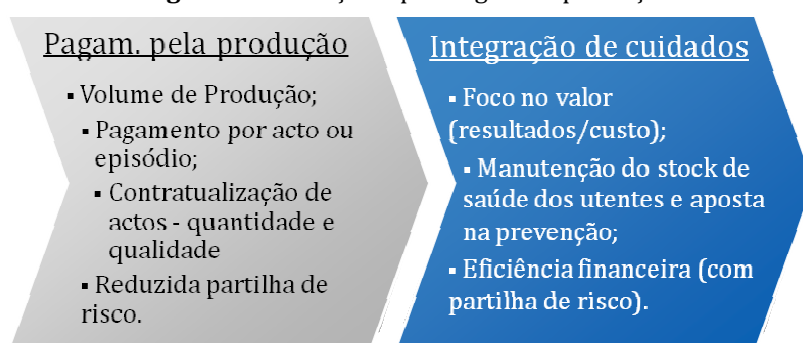
4.2. Modelo de Incentivos: Financiamento das ULS

Esta secção visa enquadrar a teoria e a prática associada ao financiamento de cuidados de saúde em contexto de integração, em particular no que concerne à realidade nacional, corporizada pelas ULS.

O financiamento corresponde ao conjunto de técnicas cujo objectivo chave consiste na obtenção, regular e adequada, dos recursos financeiros necessários ao funcionamento e desenvolvimento da organização, ao menor custo possível (Ellis, 2007). O financiamento é considerado, comummente, como o principal motor de alteração comportamental e de indução da mudança a nível individual e como institucional. Neste contexto, o modelo de financiamento constitui um verdadeiro **modelo de incentivos da instituição**, promovendo os comportamentos correctos e inibindo os incorrectos.

Face às taxas de crescimento da despesa em saúde (aliadas à contracção do PIB nacional), a sustentabilidade e eficiência financeira (e, ainda em que menor medida, técnica) do sistema de saúde tem sido um dos pontos mais relevantes da agenda política do sector. Esta óptica, focada essencialmente na **dimensão eficiência** (embora se compreenda a motivação) é amplamente redutora no seu âmbito de aplicação e **pode comprometer os objectivos e valores éticos** – sobretudo a médio e longo prazo – subjacentes aos sistemas de saúde. Assim, o modelo de financiamento não deve ser entendido como um fim, a redução da despesa total, mas sim como um meio para a criação de valor, i.e. **maximizar os resultados gerados por cada unidade monetária dispendida** (ver Figura 4).

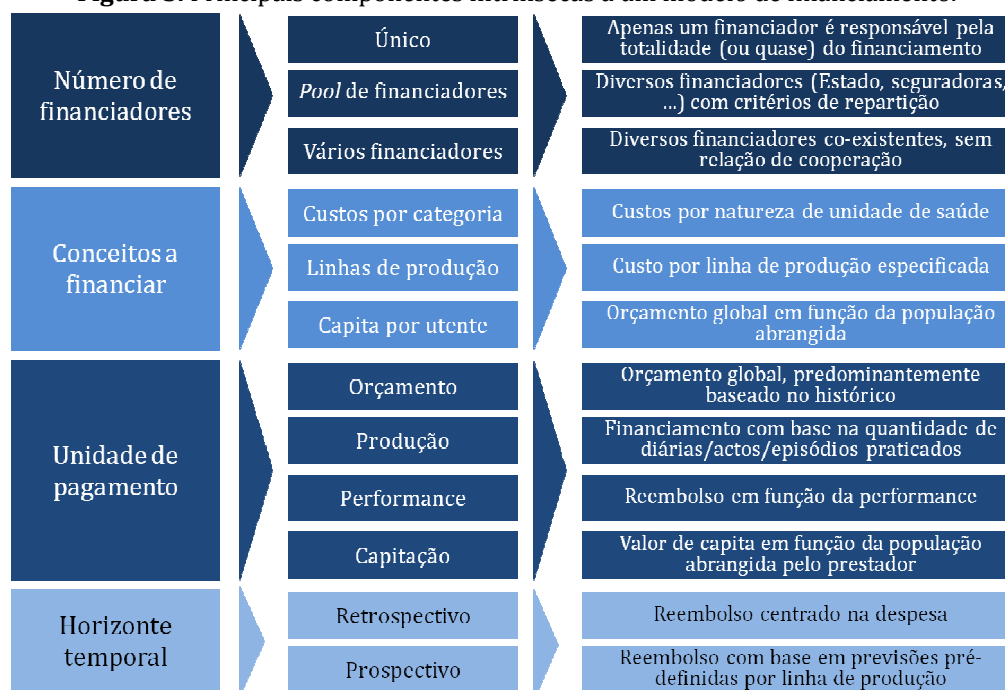
Figura 4. Mudança de paradigma de prestação



Fonte: Figura de elaboração própria.

Conforme expresso na Figura 5, existem diversas componentes associadas à definição de um modelo de financiamento. De seguida, focar-se-á o **financiamento caputivo prospectivo com base num financiador único**, actualmente em vigor nas ULS nacionais. Posteriormente, realiza-se uma análise de *benchmark*, caracterizando experiências internacionais em diferentes contextos de sistemas de saúde (concorrenciais e não concorrenciais) e âmbitos de aplicação (cuidados primários ou total integração).

Figura 5. Principais componentes intrínsecas a um modelo de financiamento.

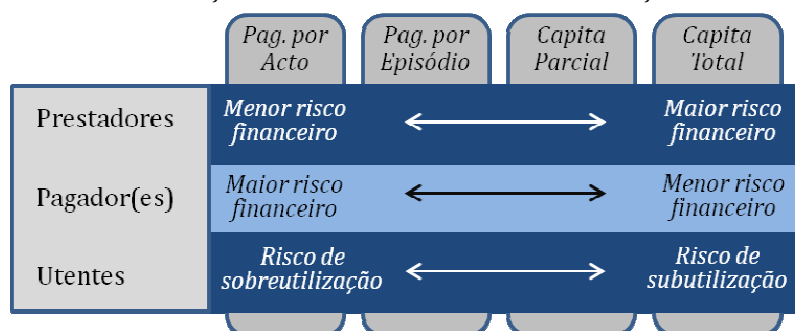


Fonte: Figura de elaboração própria.

4.2.1. Financiamento caputivo

Actualmente, o financiamento das ULS assenta num modelo caputivo, com um **único financiador** (mais de 90% das verbas provêm do SNS) responsável pelo pagamento de um **valor prospectivo de capita** estabelecido por cada utente abrangido pela respectiva ULS (Vargas e Wasem, 2006). Por conseguinte, este modelo de incentivo centra-se na componente da procura, i.e. nas necessidades do utente e não na oferta existente. O disposto não significa, como se analisará em maior detalhe, que o modelo de financiamento se baseie, exclusivamente, em variáveis derivadas da procura.

O financiamento caputivo actualmente em vigor nas 8 ULS nacionais considera um **valor fixo específico para cada organização**, eminentemente **prospectivo**, em função da necessidade futura de utilização. Este valor considera o respectivo esforço financeiro resultante da prestação de cuidados integrais de saúde, desde cuidados preventivos, de diagnóstico, tratamento e reabilitação à população abrangida. Esta alteração do modelo de financiamento dota - em teoria - as instituições prestadoras de uma maior flexibilidade funcional e orçamental, **potenciando a eficiência alocativa numa perspectiva holística de prestação** de cuidados de saúde. No entanto, o modelo de financiamento caputivo não se esgota neste objectivo único, apresentando como enfoque a (re)distribuição e maior controlo, em ambiente de incerteza crescente, do risco financeiro do pagador adstrito ao financiamento de cuidados de saúde. Em suma, o modelo de financiamento caputivo visa simultaneamente aumentar o valor criado pelas verbas crescentes despendidas no sector da saúde e procurar uma **transferência e partilha de risco** entre o pagador e o prestador (ver Figura 6).

Figura 6. Caracterização da evolução do risco sobre diferentes ópticas em função do modelo de incentivo da instituição

Fonte: Figura de elaboração própria.

No entanto, dada a **natureza pública do binómio prestador/pagador**, importa questionar a efectiva transferência de risco financeiro advogada em prol da unidade de compra com base na capitação. De facto, ao contrário do que sucede noutras realidades, como por exemplo no modelo Alzira em Espanha ou, mais recentemente ao nível dos cuidados de saúde na comunidade de Madrid, onde o pagador é uma entidade pública e o prestador uma entidade privada, **não se verifica uma verdadeira transferência de risco**, visto que este permanece na esfera do Estado, enquanto entidade pagadora e, simultaneamente, prestadora. Em caso de falência de um prestador, o Estado, enquanto entidade responsável por garantir níveis de equidade e acessibilidade a cuidados de saúde, teria de colmatar a situação, pelo que não ocorre uma verdadeira transferência de risco.

4.2.1.1. Vantagens e desvantagens

Na Tabela 1 apresenta-se, de forma resumida, as principais vantagens e desvantagens do financiamento caputivo em função da óptica dos diversos *players* intervenientes.

Tabela 1. Principais vantagens e desvantagens do modelo de financiamento caputivo em contexto de integração vertical sob diversas ópticas.

Óptica considerada	Vantagens	Desvantagens
Pagador	<ul style="list-style-type: none"> Menor risco financeiro (maior conhecimento e transparências das verbas transferidas e maior <i>accountability</i>); Maior controlo da despesa. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do peso administrativo para regulação e avaliação de actividade (comparações de <i>benchmark</i>).
Prestador	<ul style="list-style-type: none"> Menor conflito entre as duas linhas de autoridade; Maior independência na organização da prestação. 	<ul style="list-style-type: none"> Maior risco financeiro em caso de desadequação do respectivo valor de capita (potencial subfinanciamento); Risco associado ao fluxo de doentes para fora da AI da ULS.
Utente	<ul style="list-style-type: none"> Maior adequação dos recursos às necessidades dos utentes; Menor conflito de interesse entre prestadores e utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Tendência para a subutilização de cuidados de saúde (aumento de barreiras de acesso) em particular a cuidados diferenciados; Potencial selecção adversa de utentes.
Sociedade	<ul style="list-style-type: none"> Optimização da eficiência económica e técnica; Aumento dos níveis de equidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Criação de inequidades entre diferentes utentes; Sobrerreferenciação de utentes.

Fonte: Adaptado de Leatt, Pink e Guerriere (2000).

De acordo com Barros 2009, o pagamento por capitação fornece os incentivos mais poderosos na procura da eficiência. No entanto, é essencial contemplar mecanismos de ajustamento pelo risco para que os incentivos sejam correctos. A maioria da literatura analisada (Rice e Smith, 1999; Cucciare e O'Donohue, 2006; Ellis, 2007) converge neste tópico, concebendo o financiamento caputivo

ajustado pelo risco como uma importante ferramenta que caracteriza as necessidades e o estado de saúde de cada indivíduo abrangido de forma a reflectir a sua variabilidade e heterogeneidade no respectivo nível do pagamento aos prestadores. Quando os incentivos são distribuídos de forma desadequada (insuficiente ou generosa), os prestadores podem apresentar tendência para a selecção de utentes (e.g. selecção adversa ou *cream-skimming*) (Barros (2009); Cucciare e O'Donohue, 2006).

Por fim importa referir que o sucesso do financiamento caputivo depende **não apenas da integridade da construção do modelo** (embora imprescindível para o êxito da sua implementação) **mas também do contexto político** em que essas medidas se inserem (Nagy e Brandtmüller, 2009; Rosenthal, 2008).

4.2.1.2. Caracterização e evolução

A evolução dos diversos modelos de financiamento deve ser entendida como um processo complexo de afinamento da distribuição de incentivos financeiros de acordo com as necessidades da procura, num contexto de escassez de recursos ao nível da oferta. De seguida analisa-se em maior detalhe a evolução do modelo de incentivos associados às ULS, assim como o modelo actualmente em vigor. Esta informação encontra-se sumariamente descrita na Tabela 2.

Aquando do surgimento da primeira ULS, em Matosinhos, em 1999, o modelo de financiamento adstrito **não** contemplava o pagamento de um valor de capita global pela prestação dos cuidados de saúde. De facto, apenas se considerava um pagamento caputivo parcial adstrito aos cuidados primários, mantendo-se para os cuidados hospitalares o pagamento com base na produção. Este cenário manteve-se até 2008, tendo-se registado algumas evoluções no método de cálculo do valor por capita para os cuidados primários, resultante da ponderação equitativa de variáveis demográficas (sexo e idade) e de consumo de medicamentos enquanto *proxy* da carga da doença (em particular crónica) na população a cobrir. A variável dependente decorria da procura de consultas, correlacionada com a despesa total em cuidados primários de saúde (Costa, Santana e Boto, 2008). Posteriormente, a metodologia de contratualização variou em função da criação de novas estruturas (e.g. USF) (ACSS, 2012).

Em 2009, implementou-se, pela primeira vez, um modelo de **financiamento caputivo para a globalidade dos cuidados** prestados no âmbito das ULS (ACSS, 2009). Este modelo contemplava um amplo conjunto variáveis ao nível da procura, procurando descrever as características da população, as suas necessidades e a própria prestação de cuidados de saúde (ver Tabela 2). Este modelo, apenas em vigor durante um ano, foi descontinuado ao nível do contrato-programa do ano seguinte, i.e. em 2010. O modelo implementado, vigente até à data do presente trabalho, confinou o número de variáveis, tendo removido, entre outras, variáveis ao nível da taxa de utilização de cuidados, que reflecte em larga medida a componente da oferta, e da distribuição geodemográfica da população (ACSS, 2010). Para além disso, os coeficientes atribuídos a cada variável decorrem de regressões lineares, ao invés do que sucedia no modelo transacto, cujo *rationale* não era inteligível.

Tabela 2. Caracterização da evolução modelos de financiamento adstritos às ULS.

Ano	Cuidados Primários	Cuidados Hospitalares
1999	<ul style="list-style-type: none"> Financiamento caputivo, assente em variáveis demográficas 	<ul style="list-style-type: none"> Financiamento com base na produção contratualizada.
2008	<ul style="list-style-type: none"> Financiamento caputivo, assente em variáveis demográficas (sexo e idade) e consumo de medicamentos (<i>proxy</i> para a prevalência/incidência de doença) 	<ul style="list-style-type: none"> Financiamento com base na produção contratualizada.

2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento capitativo global para a ULS (englobando cuidados primários e hospitalares) ▪ Utilização de variáveis diversas, agrupadas em 3 factores: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Características da população</u> (CaPop): variáveis demográficas (proporção de população residente feminina - 15%, índice de dependência total - 15% e índice de envelhecimento - 20%), socioeconómicas (taxa de desemprego - 15%, população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória - 15%, PIB por habitante a preços corrente - 10% e IpC do poder de compra - 10%); ▪ <u>Necessidades de Saúde</u> (NecSau): variáveis associadas ao estado de saúde (taxa de mortalidade geral padronizada - 50% e taxa de anos potenciais de vida perdidos até aos 70 anos de idade - 50%); ▪ <u>Prestação de Cuidados de Saúde</u> (PrestCuid): variáveis associadas ao estado de saúde (taxa de utilização dos cuidados primários - 50%, índice de produção cirúrgica - 10% e médica - 10%) e variáveis de localização geográfica (densidade populacional por local de residência - 30%); ▪ Fórmula global de capita = $0,3 \cdot \text{CaPop} + 0,4 \cdot \text{NecSau} + 0,3 \cdot \text{PrestCuid}$
2010 - 2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento capitativo global para a ULS (englobando cuidados primários e agudos) ▪ Utilização de variáveis diversas, agrupadas em 2 factores, de acordo com <u>coeficientes obtidos por métodos de regressão linear múltipla</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estado de Saúde</u> (EstSau): variáveis associadas ao estado de saúde (taxa de mortalidade geral padronizada); ▪ <u>Determinantes da despesa</u> (DetDesp): variáveis demográficas (proporção de população residente feminina e índice de dependência total) e socioeconómicas (população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória); ▪ Fórmula global de capita = $0,6 \cdot \text{EstSau} + 0,4 \cdot \text{DetDesp}$ ▪ Em adição, considera-se a existência de fluxos de doentes e, a existência de incentivos negativos (i.e. penalizações) decorrentes do incumprimento de indicadores de qualidade (6% do total do contrato-programa, distribuídos de forma equitativa entre os cuidados primários e secundários) e de eficiência e a manutenção de níveis adequados de produção hospitalar (até 4% do valor total do contrato-programa). De salientar os incentivos adstritos à redução do consumo de medicamentos fornecidos em farmácia de oficina, revertendo uma significativa parte (80 ou 90%) da poupança gerada à respectiva ARS para as próprias ULS.

Fonte: Elaboração própria a partir de Barros (2009), ACSS (2009), ACSS (2010) e (ACSS 2012a).

O objectivo desta subsecção compreendeu, como referido, evidenciar a evolução (particularmente nos anos recentes) associada ao financiamento das ULS, procurando transmitir o fio condutor inerente às reformas realizadas. De facto, para se proceder à (re)definição de um modelo adequado e robusto de incentivos adstrito aos profissionais é essencial compreender as oportunidades e ameaças decorrentes da integração vertical e do próprio modelo de incentivo capitativo da própria instituição.

4.2.2. Financiamento capitativo e a integração de cuidados

Em Portugal, a integração de cuidados tem enfrentando **importantes desafios e barreiras**, destacando-se a não cooperação histórica entre diferentes tipos de prestadores e desigualdade relativa na relação de poder entre os cuidados primários e hospitalares no interior das ULS. Apesar das tentativas para reverter a relação prévia de poder - com claro pêndulo em favor dos cuidados hospitalares -, o “hospitalocentrismo” estrutural histórico tende a manter-se, **sorvendo os recursos destinados a outras áreas da ULS**, designadamente a promoção da saúde e prevenção da doença. No entanto, apesar da percepção generalizada de subsistência de fragmentação, não é possível aferir, por falta de evidência empírica, o real impacto resultante do modelo de incentivo capitativo das ULS ao nível das diversas dimensões de integração. Esta informação é indispensável para analisar a mais-valia e a custo-efectividade das ULS face ao modelo pré-existente composto por incentivos diferenciados (não articulados) para as unidades de cuidados primários, hospitalares e continuados.

Costa, Santana e Boto (2008) salientam que a unidade de compra de base capicional representa uma maior aproximação do verdadeiro *driver* associado à integração de cuidados de saúde, i.e. o

utente. Por seu lado, como sustentado, entre outros, por Rice e Smith (1999) e Costa, Santana e Boto (2008), sendo o processo produtivo de cuidados indivisível e contínuo, a atribuição de diferentes valorizações monetárias a diferentes actos **compreende incentivos contrários à integração** de diferentes tipologias de estruturas. Neste contexto, verifica-se a existência de evidência favorável em torno da complementaridade entre o financiamento caputivo e a integração vertical de cuidados.

4.3. Modelo de Incentivos: Profissionais das ULS

Enquanto os modelos de incentivos das instituições têm sido alvo de sucessivas evoluções verifica-se, comparativamente, uma estagnação dos modelos de incentivos associados aos respectivos profissionais. Em adição, determinadas evoluções registadas retratam cenários contraproducentes, de evolução desfavorável à implementação de modelos de incentivos aos profissionais. A título ilustrativo, atente-se na evolução negativa no nível de autonomia financeira – em particular no que respeita os recursos humanos - dos hospitais EPE ou, ao nível da atribuição de incentivos intermédios, dos centros de responsabilidade integrada (CRI).

O potencial desalinhamento entre os interesses da instituição e dos respectivos profissionais pode condicionar o funcionamento de qualquer organização, independentemente da sua natureza ou área de negócio. De facto, a **teoria de agência**, extensivamente descrita no domínio empresarial, baseia-se no pressuposto que os interesses do empregador e empregados divergem naturalmente, obrigando à criação de uma estrutura de controlo financeira que suporte o alinhamento dos interesses da instituição e dos seus profissionais (Christianson, Knutson e Mazze, 2006; Prendergast, (1999); Deckop, Mangel e Cirka, 1999; Fenn, Gray e Rickman 2007). A estrutura supracitada reveste-se, comumente, de forma contratual, fazendo depender o esquema de incentivos dos profissionais dos resultados da instituição em que trabalham.

Transpondo para o contexto da prestação de cuidados de saúde, verifica-se uma agudização da teoria de agência. A assimetria de informação existente entre o empregador e o empregado, em particular os colaboradores envolvidos na prestação de cuidados de saúde, juntamente com a existência de uma dupla linha de autoridade, potencia o surgimento de interesses não concordantes (Christianson, Knutson e Mazze, 2006). É precisamente neste contexto que se situam os modelos de incentivo aos profissionais. De facto, os indivíduos, tal como as instituições, não são imunes aos incentivos. Por conseguinte, compete à instituição implementar um modelo de incentivos que potencie comportamentos adequados e reprima os incorrectos.

Em segundo lugar, a **teoria do rendimento alvo** determina que todos os profissionais pretendem alcançar um determinado rendimento, sendo reactivos a um modelo de incentivos que lhes potencie esta possibilidade. Neste sentido, a (re)definição de um modelo de incentivos financeiros dos profissionais é absolutamente indispensável, fazendo com que os agentes (i.e. os profissionais) respondam adequadamente aos incentivos criados pelo empregador, a instituição de saúde.

Um modelo de incentivos compreende um conjunto de princípios e critérios utilizados como forma de ressarcir um profissional ou grupo de profissionais pelo trabalho desenvolvido (Girardi, Carvalho e Girardi, 2007). O modelo de incentivos não se esgota na componente de remuneração financeira dado que - apesar de nuclear - representa apenas um tipo de incentivos ao dispor da entidade empregadora. O modelo de incentivos não deve ser entendido como uma solução final para os diversos problemas das organizações de saúde mas sim como uma **ferramenta indutora de mudança e melhoria ao dispor da instituição empregadora** (Llanos et al., 2007). Face ao estabelecido previamente, um modelo de incentivos deve, após avaliação do respectivo impacto estimado, sobre diferentes perspectivas e dimensões, reflectir diversas características chave específicas, expressas em maior detalhe na subsecção seguinte (vide 2.3.1.).

4.3.1. Estrutura e unidade de pagamento

Tipicamente, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), citando Bessa (2011), existem conceptualmente duas tipologias principais de remuneração:

1. Remuneração por **tempo**: a remuneração financeira (e.g. salário) decorre da disponibilidade temporal do empregado (tipicamente medida em horas/semana) colocada à disposição do empregador. Não existe, por conseguinte, uma relação explícita, formal e prospectivamente definida, entre a remuneração e os respectivos resultados produzidos;
2. Remuneração por **resultado** – a remuneração financeira varia de acordo com os resultados obtidos – individuais e/ou colectivos –, independentemente do momento de previsão do pagamento (e.g. de forma prospectiva ou retrospectiva).

À semelhança do modelo de financiamento das unidades, os modelos de incentivos podem ser classificados de acordo com o tempo em que ocorre a previsão de financiamento em remuneração prospectivo e retrospectivo. O pagamento prospectivo constitui um valor prévio acordado e calculado baseado em diferentes critérios, tipicamente em função da disponibilidade temporal do recurso (salário em função dos recursos em tempo equivalente - RTE) ou da população coberta (valor fixo em função da capita coberta). O pagamento prospectivo, independentemente do momento temporal em que se efectiva o pagamento, minimiza o risco financeiro por parte da entidade empregadora, mantendo o nível de despesa num nível expectável. Por oposição, o modelo de pagamento retrospectivo compreende o pagamento em função, por exemplo, da produção realizada ou dos resultados obtidos, realizado – regra geral – em regime de pós-pagamento.

No que respeita à **unidade de pagamento**, habitualmente consideram-se quatro categorias *major* de remuneração de profissionais, a saber: 1) pagamento com base num salário fixo; 2) pagamento pela produção, seja por acto (i.e. “*fee-for-service*”) ou por um conjunto de actos (i.e. produtos); 3) pagamento por capitação; e 4) pagamento por desempenho (“*pay-for-performance*” ou “P4P”).

O salário corresponde ao método de pagamento denominado convencional, onde o profissional auferir uma verba pecuniária como contrapartida pela prestação de serviços à entidade empregadora durante um número específico de horas de trabalho. Em clara oposição encontra-se o pagamento por acto, ou “*fee-for-service*”, onde o profissional recebe o incentivo financeiro em função dos serviços e actos prestados e não da disponibilidade temporal colocada à disposição da entidade patronal. Historicamente, os modelos de incentivos em cuidados de saúde basearam-se sobretudo nestes dois mecanismos de remuneração.

Mais recentemente (sobretudo na década de noventa) assistiu-se a duas reformas estruturais que potenciaram a alteração dos modelos e unidades de pagamento: 1) a integração (horizontal e vertical) de cuidados, como resultado com o modelo de prestação do *continuum* de cuidados; e 2) o aumento da partilha do risco financeiro entre o pagador e o prestador, colocando uma ênfase acrescida na melhoria do processo de gestão da saúde dos utentes.

Com a integração dos cuidados de saúde, designadamente ao nível das organizações norte-americanas HMO, verificou-se o desenvolvimento de modelos de incentivos baseados na unidade de pagamento capitolacional. O objectivo subjacente visa a transmissão interna dos incentivos institucionais para os profissionais, mediante o pagamento periódico em função do número específico de utentes cobertos (i.e. *per capita*). Em alternativa, a título de exemplo, no Reino Unido, foi introduzida a unidade de pagamento de capita integrada, onde os cuidados primários são remunerados em função da população coberta, assumindo um papel de gestão activa dos fluxos financeiros relativos a prestação de cuidados de saúde dos respectivos utentes.

Mais recentemente, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos têm vindo a confrontar-se, com particular relevância nas últimas décadas, na sequência do relatório “*Crossing the Quality Chasm*” emitido em 2001 pelo Institute of Medicine norte-americano, com manifestas insuficiências nos níveis de qualidade assistencial e eficiência dos cuidados prestados. Por conseguinte, com o intuito de melhorar a qualidade e, ainda que em menor escala, a eficiência dos cuidados prestados, introduziu-se um modelo de incentivo baseado no desempenho, i.e., na adequação da actividade assistencial prestada face a indicadores pré-estabelecidos. Esta nova unidade de pagamento configura uma transição de modelos de incentivo focados no volume - preconizados no pagamento pelo acto - para um **claro enfoque nos resultados** (i.e. pagamento pelo desempenho) registados sob diversas dimensões, designadamente: qualidade, efectividade e eficiência dos cuidados prestados; e satisfação dos utentes e profissionais.

A utilização de uma determinada unidade de pagamento em detrimento de uma outra depende de diversos factores, entre os quais importa realçar: (1) a realidade específica do mercado de saúde, designadamente a natureza (pública/privada) do pagador e prestador, bem como os vínculos laborais estabelecidos entre os profissionais e as instituições de saúde; (2) os objectivos específicos que se pretende atingir; e (3) a evolução – actual e perspectivada – dos mecanismos de financiamento das instituições de saúde. De facto, contrariamente ao que é expresso em alguma literatura (Opoku, 2010; Robinson, 2001), uma unidade de pagamento não deve ser considerada, *per si*, independentemente do objectivo a que se destina o modelo de incentivos, adequada ou inadequada pois todas, sem excepção, apresentam vantagens e desvantagens (ilustradas na Tabela 3).

Tabela 3. Vantagens e desvantagens dos modelos de incentivos assentes em diferentes unidades de pagamento.

Unidade de Pagamento	Vantagens	Desvantagens
Salário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protecção salarial e menor risco financeiro para o profissional; ▪ Em teoria, potencia o alinhamento da actuação dos profissionais (em particular os médicos) com as necessidades dos utentes; ▪ Modelo de fácil gestão administrativa e uma base potencial para a adopção de outros mecanismos financeiros de incentivos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inexistência de incentivos a diversas dimensões (e.g. eficiência, efectividade, qualidade); ▪ Reduzida/inexistente ligação dos objectivos do profissional aos da instituição e do próprio sistema de saúde; ▪ Reduzido estímulo para o profissional “fazer mais e melhor”; ▪ Limitada capacidade negocial; ▪ Pode comportar problemas de produtividade por profissional, conduzindo a potenciais problemas de acessibilidade;
Pagamento por acto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentiva o volume de produção, promovendo a acessibilidade a cuidados de saúde, por exemplo a implementação de um novo programa de saúde; ▪ Elevado estímulo para o profissional produzir mais, não necessariamente melhor; ▪ Maior capacidade de fixação do profissional à instituição e alinhamento deste com os objectivos da instituição no que respeita à prática assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da incerteza associada ao risco financeiro da instituição e do profissional; ▪ Potencia o surgimento de barreiras por parte dos profissionais para a adopção de novos modelos de organização e prestação de cuidados; ▪ Potencia a sobreutilização de cuidados, a sobrecondição e a selecção adversa de utentes (e.g. realizar procedimentos mais vantajosos financeiramente); ▪ Potencia a indução da procura pela oferta; ▪ Maior carga administrativa.

Capita	<ul style="list-style-type: none"> Menor risco financeiro para a instituição, havendo uma tendência para redução dos custos operacionais por redução do volume de actividade; Risco financeiro médio para o profissional, garantindo uma componente fixa independente da respectiva produção realizada; Potencia, dependendo da construção do modelo, comportamentos específicos, por exemplo, ao nível da promoção da saúde ou a integração de cuidados; Incentivo para uma gestão eficiente e holística do utente ao longo do processo de prestação de cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de ajustamento pelo risco da população coberta por cada profissional. Barreiras dos profissionais à implementação do modelo (e.g. “os meus doentes estão mais doentes que os teus”); Incentivos implícitos para a subutilização e sobrerreferenciação, podendo potenciar problemas de acessibilidade e/ou qualidade (e.g. ter mais doentes em lista de espera, dispendir menos tempo de consulta com cada); Pode, em função da construção do modelo, colocar problemas individuais de produtividade dos profissionais.
Pagamento pelo desempenho	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da satisfação dos profissionais; Maior alinhamento dos objectivos da instituição com os de cada grupo profissional; Maior capacidade de gestão da instituição face à evolução dos respectivos sistemas de financiamento e das necessidades de saúde dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilidade de obtenção de barreiras dos profissionais específicos em função dos indicadores concebidos; Necessidade de uma elevada maturidade da cultura da instituição e disponibilidade de informação; Desincentivo para a realização de actividades com reduzida repercussão na remuneração; Maior carga administrativa.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de Berenson e Rich (2010)

Para melhor se compreender as interligações e estimar os efeitos cruzados decorrentes da adopção em simultâneo de mais do que uma unidade de pagamento é necessário proceder a uma **avaliação comparativa das unidades de pagamento**. Para o efeito, conforme expresso na Tabela 4, procurou-se sintetizar e antecipar, sobre cinco dimensões - eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados e a satisfação do utente e profissional, o impacto teórico expectável da adopção de uma unidade de pagamento do modelo de incentivos.

Tabela 4. Síntese do impacto teórico da unidade de pagamento do modelo de incentivos sob cinco dimensões.

Unidade de Pagamento	Eficiência	Acessibilidade	Qualidade	Satisfação do utente	Satisfação do profissional
Salário	- - (produtividade) + (efic. financ.) Menor nível de <u>produtividade</u> por recurso humano (em RTE); Menor <u>risco financeiro</u> do sistema de saúde.	- Potenciais problemas de acessibilidade decorrentes de menores níveis de produtividade dos recursos.	+ + Maiores níveis de qualidade, ao não existir incentivos para a sub e/ou sobreutilização.	+ Nível de satisfação do utente intermédio entre a capitação e o pagamento por acto.	+/- (variável) Variável, havendo a percepção de injustiça entre a inexistência de ligação entre a produtividade e a remuneração, mas segurança no rendimento.
Pagamento pelo acto	+ + (produtividade) - - (efic. financ.) Maior volume de actos – tendência para a sobreutilização; Superiores níveis de <u>produtividade</u> por recurso humano (em FTE)	+ + Regra geral apresenta a melhor performance nesta dimensão, em virtude do interesse dos médicos em realizar actos.	+ Tendência para a sobreutilização e indução da procura pode comportar problemas de qualidade; Existência de relação de <i>trade-</i>	+ + Maior satisfação do utente e confiança sobre a adequação do seu tratamento (sobreutilizaç	+ + Maiores níveis de satisfação profissional, por potencial aumento do rendimento disponível e maior relação entre os níveis

	Maior <u>risco financeiro</u> do sistema de saúde		off entre o volume e a qualidade dos actos prestados.	ão percebida pelo utente como maior adequação de cuidados).	de produtividade e remuneração.
Capitação	- (produtividade) ++ (efic. financ.) Menor volume de actos – tendência para a subutilização; Menor nível de <u>produtividade</u> por recurso humano (em FTE) Menor <u>risco financeiro</u> do sistema de saúde	+ (cuid. primários) - (cuid. secund.) Potencial para melhoria dos níveis de acessibilidade a cuidados primários; Tendência para a subutilização pode comportar problemas de acessibilidade, sobretudo a níveis mais diferenciados de cuidados (e.g. cuidados secundários).	++ (cuid. primários) - (cuid. secund.) Potencial para melhoria de indicadores dos cuidados primários e de prevenção; Tendência para a subutilização pode comportar problemas de qualidade, sobretudo pelo controlo dos níveis de referência para cuidados secundários.	++ (cuid. primários) - (cuid. secund.) Maior insatisfação do utente e desconfiança sobre a adequação do seu tratamento.	+ Níveis de satisfação variáveis, embora tendencialment e mais positivos face ao salário (maior relação entre o rendimento e o número de pessoas adstritas).
Pagamento pelo desempenho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variável em função do objectivo específico inerente ao modelo de pagamento por desempenho; ▪ Regra geral, verifica-se uma relação de compromisso entre a promoção da qualidade assistencial e da acessibilidade a cuidados e os níveis de eficiência verificados (e.g. aumentar os níveis de acessibilidade pode comprometer os níveis de eficiência). 				

Legenda: o sinal “+” corresponde a um impacto teórico positivo e o sinal “-” a um impacto negativo.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de Yan, Kingston-Riechers e Chuck, 2009; Liu e Langenbrunner 2004.

Nenhuma unidade de pagamento alinha, de forma perfeita, os objectivos da instituição e dos respectivos profissionais. Tendo por base esta premissa, é necessário conceber um modelo cujos incentivos visem optimizar o valor gerado por cada profissional no contexto específico da instituição e do sistema de saúde. Para tal, e de acordo com a evidência internacional, os modelos de incentivos de profissionais têm procurado maximizar/minimizar as vantagens/desvantagens supracitadas mediante um **processo de hibridização**, recorrendo, em simultâneo, a mais do que uma unidade de pagamento (i.e. modelos mistos). A **análise comparativa entre o impacto teórico e efectivo** (ver Tabela 5) da aplicação de modelos mistos (i.e. com mais de uma unidade de pagamento) é essencial para a sua concepção e implementação e, não menos importante, avaliar a concordância entre os resultados estimados e verificados. Para além da síntese presente na Tabela 5, importa referir que o Anexo I agrega a evidência empírica resultante da revisão sistemática de literatura conforme a estratégia de literatura presente no Anexo IV. Para o efeito enumeram-se os objectivos, metodologia, estrutura do modelo e principais resultados, recorrendo a estudos: (1) de revisão sistemática de literatura; e (2) de caso específicos.

A análise comparativa ilustrada na Tabela 5 permite, de acordo com a evidência empírica analisada, apreciar um alinhamento global positivo entre o impacto teórico expectável e o verificado na prática. No extremo oposto, importa destacar que não se verificou – independentemente da dimensão considerada - a existência de evidência empírica totalmente discordante entre o impacto expectável e verificado.

Tabela 5. Síntese da evidência da literatura na análise comparativa entre diferentes unidades de pagamento (para análise em maior detalhe consultar estudos numerados, conforme lista no anexo I).

Unidade de Pagamento	Eficiência	Acessibilidade	Qualidade	Satisfação do utente	Satisfação do profissional
Salário vs Pag. pelo acto	<ul style="list-style-type: none"> Menor produtividade dos médicos salarizados (estudo 16, 33, 35) Maior eficiência financeira – menor despesa por utente - nos modelos de incentivo de salário (estudo 11, 16). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência comparativa contrastada. 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzida evidência de diferenças (estudo 19, 26, 39). Potencial melhoria no modelo salarial. 	<ul style="list-style-type: none"> Menor satisfação no modelo de pagamento por salário (estudo 42) 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência comparativa contrastada.
Salário vs Capitação	<ul style="list-style-type: none"> Menor produtividade dos médicos salarizados (estudo 16, 33) Maior eficiência financeira – menor despesa por utente - nos modelos de incentivo de capitação (estudo 11, 16). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência comparativa contrastada. Falta de informação detalhada por nível de cuidados (primários e secundários). 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzida evidência de diferenças estatisticamente e significativas. Nos cuidados primários há evidência de uma maior qualidade dos cuidados em médicos pagos por capitação (estudo 19) 	<ul style="list-style-type: none"> Menor satisfação no modelo de pagamento por salário (estudo 42) 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência comparativa contrastada.
Pag. pelo acto vs Capitação	<ul style="list-style-type: none"> Menor produtividade nos RH em modelos de capitação (estudo 16, 28, 35); Maior eficiência financeira – menor despesa por utente - nos modelos de incentivo de capitação (est. 11, 16, 28). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência comparativa contrastada. Falta de informação detalhada por nível de cuidados (primários e secundários). 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzida evidência de diferenças estatisticamente e significativas. Nos cuidados primários há evidência de uma maior qualidade dos cuidados em médicos pagos por capitação (estudo 19) 	<ul style="list-style-type: none"> Menor satisfação no modelo de pagamento por capitação (estudo 42) 	<ul style="list-style-type: none"> Menor satisfação no modelo de pagamento por capitação (estudo 28)
Pagamento pelo desempenho	<ul style="list-style-type: none"> Evidência positiva em torno da eficiência (estudo 2, 5, 9); Evidência mista de custo-efectividade (estudo 17) e de inexistência de custo-efectividade (estudo 30) 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência mista dos níveis de acessibilidade, com resultados positivos (estudo 9), neutros (estudo 5) e negativos (estudo 24, 25), 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência mista de melhoria (estudo 2, 5, 18, 22, 23, 24, 30, 37), manutenção (estudo 15, 24, 36, 40, 44) e redução da qualidade assistencial (estudo 24) Redução dos níveis de continuidade (estudo 24) 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência mista de melhoria (estudo 37) e manutenção (estudo 15, 36) do nível de satisfação do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> Evidência mista, com estudos a reportar melhorias (estudo 21, 25, 41), a manutenção (estudo 34) e reduções (estudo 18, 21, 41) do nível de satisfação dos profissionais.

Legenda: células a cor verde/amarela/branca/vermelha são indicativas de concordância/evidência mista/inexistência de informação/discordância entre a teoria e análise comparativa observada na literatura.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de diversas fontes ilustradas no Anexo I.

De salientar ainda duas conclusões adicionais: (a) a existência de evidência mista ao nível da dimensão da qualidade assistencial; e (b) a inexistência de evidência ao nível da dimensão da acessibilidade. A não concordância ao nível da qualidade decorre sobretudo da variação intrínseca à própria definição e enquadramento da dimensão qualidade nos estudos analisados. Esta situação resulta na utilização de diversos tipos de indicadores não directamente comparáveis entre si (e.g. indicadores de processo e resultado ao nível da qualidade clínica ou continuidade de cuidados). Por seu lado, a inexistência de estudos (com uma metodologia adequada) ao nível da dimensão da acessibilidade decorre da respectiva origem do próprio estudo. A maioria dos estudos é realizada no mercado norte-americano, onde a acessibilidade não representa um vector essencial do sistema de saúde, sendo que a evidência britânica recente se tem centrado sobretudo no impacto decorrente de modelos de pagamento por desempenho.

A análise detalhada da evidência congregada na Tabela 5 ilustra a **existência de variabilidade nos resultados registados**, caracterizada pela existência de evidência mista (impacto positivo, negativo e neutro) de modelos assente na mesma unidade de pagamento aplicados em diferentes contextos, em particular no modelo de pagamento por desempenho. De facto, outros componentes estruturais, como os mecanismos de incentivos e os objectivos explícitos (e implícitos) inerentes ao modelo, e o próprio contexto e natureza específica do mercado e da instituição onde se implementa o modelo de incentivos são de igual importância (ver estudo 1 do Anexo I). Um modelo de incentivos de profissionais baseado na mesma unidade de pagamento - seja esta qual for - pode apresentar resultados díspares em função da existência de outras variáveis. Assim, a análise de ditas variáveis é também indispensável, sob pena de se tomar decisões baseadas em evidência empírica enviesada por factores de confundimento.

A revisão de **estudos específicos**, sempre e quando haja uma metodologia coerente, permite deter – por oposição a estudos comparativos de revisão sistemática de literatura – uma maior percepção sobre a estrutura e respectiva implementação específica de um modelo de incentivos específico. De facto, a existência de variabilidade no impacto individual de estudos específicos, apesar de não permitir a realização de um exercício de abstracção e generalização a partir dos resultados obtidos, potencia um maior entendimento das opções estratégicas adoptadas na definição, construção e implementação de diferentes modelos de incentivos. Neste ponto importa especificar que uma significativa proporção de estudos analisados (não ilustrados no Anexo I) apresenta unicamente evidência empírica em bruto, não ajustada por risco, e sem qualquer tipo de medida de associação (e.g. regressão) entre os resultados obtidos na variável dependente (i.e. o impacto do modelo de incentivos a diversas dimensões) e outras variáveis independentes (e.g. idade ou sexo do médico, incentivo individual ou de grupo, etc.). Pela presença de limitações metodológicas evidentes, os artigos referidos não preencheram os critérios de inclusão da revisão sistemática realizada.

Por outro lado, os resultados observados nos **estudos de revisão de literatura** evidenciam um maior alinhamento entre os resultados verificados e esperados (de acordo com a teoria). Apesar de apresentarem como limitação metodológica evidente a comparação entre estudos com diferentes fontes de dados e métodos, as análises de 1 a 5 do Anexo I permitem – quando incluem estudos com análises estatísticas robustas (designadamente métodos de regressão logística) – concluir que a maioria dos resultados analisados converge no sentido teórico da literatura.

Independentemente do tipo de artigo em análise, verifica-se um impacto superior em modelos com um maior grau de maturação (i.e. implantados há mais tempo), consequência directa da existência de barreiras e períodos de aprendizagem e transição inerentes a qualquer tipo reforma, em particular uma que afecta directamente os profissionais. Por outro lado, modelos de âmbito nacional (e.g. como

sucede no Reino Unido) apresentam também um maior impacto face a iniciativas de carácter local ou regional (e.g. como sucede nos EUA).

No que se refere aos destinatários dos modelos de incentivo, verifica-se que os estudos analisados se focam sobretudo nos modelos de incentivos adstritos aos **profissionais médicos**, em particular ao nível dos **cuidados primários**. No que respeita ao primeiro ponto, i.e. o foco no profissional médico, verifica-se que esta situação decorre dos próprios sistemas de saúde e do respectivo modelo organizacional, onde o médico assume um papel primordial e insubstituível no processo de criação de valor (e despesa associada). Por outro lado, os modelos de incentivos debruçam-se sobretudo sobre os **cuidados primários**, resultado da maior simplicidade relativa na definição e implementação do modelo e, por conseguinte, na maior probabilidade de sucesso. A implementação de um modelo de incentivos numa unidade de maior diferenciação clínica e tecnológica (e.g. unidade hospitalar) compreende uma superior complexidade na definição da estrutura do modelo, em particular na definição de incentivos de âmbito individual. Esta situação resulta sobretudo da maior interligação e dependência do trabalho de equipa multidisciplinar de diferentes *players* com níveis de conhecimento distintos. Pela sua superior complexidade intrínseca, o impacto verificado nos modelos de incentivo ao nível dos cuidados hospitalares tende a apresentar uma maior variabilidade.

A literatura mais recente, designadamente da última década, foca-se sobretudo na unidade de **pagamento com base no desempenho**, como componente chave no processo de hibridização do modelo de incentivo. Assim, em função dos objectivos (explícitos e implícitos), o modelo é concebido de forma a apresentar um determinado impacto na dimensão desejada, tendo em consideração, o potencial efeito cruzado ao nível de outras dimensões. Na sequência do raciocínio supracitado, a maioria dos programas de incentivos de âmbito nacional realizados no contexto de sistemas de saúde de países desenvolvidos visa dotar ou reforçar a componente de incentivos com base no desempenho dos profissionais. Neste ponto importa individualizar as experiências internacionais personificadas pelos seguintes programas (analisadas em maior detalhe na secção 4.3.3. Análise de benchmark): Prometheus nos Estados Unidos da América, QOF no Reino Unido, MBO na Espanha, CAPI na França e PI na Austrália. Apesar da diversidade de opções implícitas na construção dos modelos referidos, bem como os respectivos resultados registados, todos eles assentam num modelo misto, onde a componente de desempenho assume um valor complementar face ao modelo de incentivos pré-existente (salário, pagamento por acto ou capita). De facto, a literatura analisada, conforme sumarizado por Cherchiglia (2005), converge na tendência de que a remuneração por tempo, seja tendo por base a unidade de pagamento de salário ou capita, é a mais adequada sempre e quando se adoptem mecanismos adicionais de incentivo à produtividade ou desempenho dos profissionais.

4.3.2. Construção do modelo

Qualquer modelo de incentivos dos profissionais deve incorporar um método de avaliação de desempenho. De acordo com Costa (2005), a definição e implementação de um modelo de avaliação de desempenho é condição necessária para uma maior responsabilização dos profissionais e, por conseguinte, atribuição de incentivos (positivos e negativos).

A definição do modelo de incentivos é um assunto delicado e volátil no interior das organizações, podendo (quando indevidamente implementado) introduzir entropia entre os profissionais e diversos os fluxos de trabalho da instituição. Pelo contrário, um modelo de incentivo apropriado representa uma ferramenta poderosa de gestão no contexto de complexas organizações de saúde, podendo funcionar como um catalisador no alinhamento dos interesses dos profissionais com os objectivos operacionais e estratégicos da organização de saúde (Wilson, 2011). Assim, e como **não existe um modelo de incentivo “certo” ou “errado” para todas as organizações**, é essencial

compreender o estadió de evolução da cultura organizacional da instituição e analisar, em detalhe, as implicações decorrentes da estrutura associada à construção do modelo de incentivo (Wilson, 2011). A compreensão da evolução - histórica, actual e perspectivada - dos modelos de incentivos aos profissionais é **fundamental** não é, *per si*, suficiente para garantir a adequação do modelo. A exequibilidade de qualquer reforma depende, não apenas da sua validade técnica, mas também do contexto em que esta se insere. Transpondo para o caso específico da integração vertical de cuidados de saúde em Portugal, parece - apesar da escassez de estudos e informação - que as ULS ainda apresentam um reduzida a moderado nível de integração e de amadurecimento da cultura da organização. Neste nível inicial de desenvolvimento da organização não é possível, conforme ilustrado na Figura 7, aplicar modelos de incentivos que se baseiem numa elevada transferência de risco da instituição para o profissional.

Figura 7. Evolução dos modelos de incentivos dos profissionais em função do grau de desenvolvimento da ULS



Fonte: Figura de elaboração própria a partir de Merkur e Mossialos (2006)

No actual contexto nacional, as propostas de reforma de modelos de incentivos dos profissionais vigentes devem ser acompanhadas de **neutralidade financeira**, ou seja, o modelo a adoptar deverá ser construído de modo a evitar o aumento dos custos operacionais da unidade. No entanto, o referido afigura-se complexo visto que os profissionais não deverão apresentar disponibilidade para negociar reduções significativas dos valores de pagamento base e qualquer modelo apresenta custos administrativos de implementação, em particular no contexto de transição (Opoku, 2010). Por conseguinte, qualquer modelo de incentivos que almeje a neutralidade financeira deverá nortear-se pela inclusão de critérios de comprovada custo-efectividade.

A título de exemplo, o estudo de Curtin et al. (2006) – do qual apenas se dispõe o sumário executivo – estimou o retorno do investimento decorrente de um programa de desempenho associado a profissionais médicos individuais no tratamento de uma doença crónica específica, a diabetes, no contexto da integração vertical de cuidados. O custo total do programa compreendeu – anualmente – 1,15 milhões de USD, originando poupanças crescentes de 1,9 e 2,9 milhões de USD no primeiro e segundo ano, respectivamente (tempo de retorno do investimento inferior a um ano). De facto, este exemplo ilustra a possibilidade de conceber modelos de incentivos com neutralidade financeira no curto prazo (cenário de transição) e médio/longo prazo.

O período de transição representa um factor crítico de sucesso para a implementação de um novo modelo de incentivos. Com efeito, no curto prazo, será precisamente a superior custo-efectividade dos cuidados prestados que permitirá libertar verbas financeiras para suportar o pagamento de potenciais incentivos financeiros aos profissionais e o custo administrativo do modelo, ao mesmo tempo que se mantém ou, caso possível, se reduz, os custos na perspectiva da instituição. No médio e

longo prazo, o alinhamento dos objectivos dos profissionais e da instituição permitirá – em teoria – maximizar o valor criado pela instituição e, por conseguinte, reflectir-se num superior nível de financiamento conforme estabelecido no Contrato-Programa da unidade.

4.3.2.1. Estrutura do modelo

Os modelos de incentivos implementados em ambientes repletos de processos complexos, como sucede na área da saúde, são – inevitavelmente – também complexos (Robinson et al., 2004). De facto, a concepção técnica do modelo de incentivos afigura-se fundamental para maximizar a sua probabilidade de sucesso de implementação.

A estrutura do modelo compreende diversas componentes, desde a unidade de pagamento ao próprio mecanismo de atribuição de incentivos, devendo respeitar cumulativamente **dez características chave**, dispostas seguidamente sem critério de ordenação específico na Tabela 6.

Tabela 6. Principais questões inerentes à definição e implementação do modelo de incentivos.

N.º	Característica	Rationale
1	Relevância	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o comportamento pretendido, partindo do princípio que os profissionais respondem aos incentivos fornecidos (<i>“you get what you pay for”</i>) (Felt-Lisk, Gimm e Peterson, 2007). Em função da tipologia de profissional ou ainda - quando aplicável - da especialidade ou tipo de cuidados em análise, deverá considerar-se a aplicação de incentivos locais e específicos à actividade desenvolvida por diferentes tipos de profissionais. Por oposição, e de forma igualmente relevante, importa apontar o potencial efeito adverso e o impacto resultante do não incentivo de comportamentos desejáveis, que – tendencialmente - deixarão de ser realizados. Por conseguinte, a existência de evidência favorável quanto ao impacto e respectiva custo-efectividade do modelo de incentivos é essencial;
2	Transparência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basear-se numa fórmula de cálculo com objectivos claros e realistas, de fácil reprodutibilidade e compreensão por parte dos diferentes intervenientes, i.e., da instituição e do profissional;
3	Custo da informação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser de fácil administração, repercutindo-se em reduzidos custos operacionais, e basear-se, na medida do possível, em informação pré-existente, sempre que adequada, consistente, transparente e não manipulável;
4	Unicidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basear-se em informação específica e alinhada com o desempenho individual do profissional e/ou no contexto de trabalho multidisciplinar de equipa. Para garantir a viabilidade do modelo a médio/longo prazo é essencial que o profissional percepcione que os seus comportamentos e acções se repercutem na respectiva forma de cálculo dos incentivos. Assim, na medida do possível, deverá procurar-se acompanhar os resultados individuais e/ou de grupo dos diversos profissionais de saúde, procurando transmitir as especificidades da prestação, sem, no entanto, o sobrecarregar de complexidade;
5	Cooperação e abrangência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obter total cooperação e envolvimento – desde o primeiro momento - dos líderes das diversas tipologias de profissionais aos quais se visa implementar o modelo; ▪ Procurar abranger a totalidade dos profissionais da instituição, visando potenciar a promoção dos resultados pretendidos. Contudo, na prática, a abrangência de todo e qualquer profissional comporta importantes limitações metodológicas, dada a dificuldade – ou mesmo impossibilidade – de obter informação fidedigna sobre a actividade de cada profissional ou grupo profissional. Apesar do referido, é importante clarificar que uma ênfase excessiva no incentivo de uma categoria profissional em detrimento de outra pode originar importantes cisões no trabalho de equipa, potenciando a fragmentação dos cuidados prestados (Elovainio, 2010).
6	Diversidade de incentivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir a componente financeira como parte preponderante do esquema de incentivos (<i>“cash is cash”</i>) sem, no entanto, ignorar incentivos de índole não financeira. De facto, diversa literatura consultada certifica que os incentivos financeiros são insuficientes para reter e continuamente motivar os profissionais (Global Health Workforce Alliance, 2008);

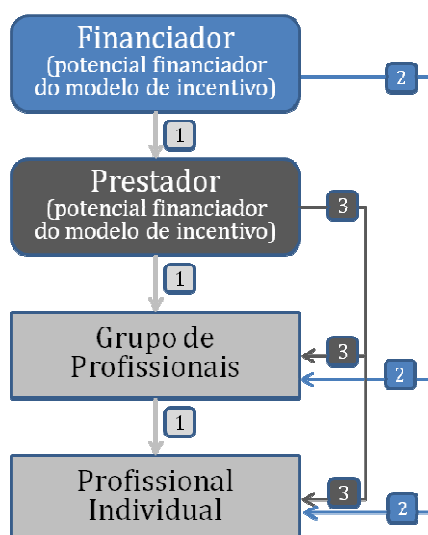
7	Simplicidade	▪ O modelo deverá apresentar um número finito e reduzido de indicadores (quanto comparado com outros modelos, designadamente o QOF do Reino Unido – ver secção 4.3.3.5. Reino Unido), em número não superior a 50 indicadores, sobretudo indicadores de processo e - preferencialmente - de resultados.
8	Prospectividade	▪ O modelo deverá permitir a identificação retrospectiva de comportamentos correctos e incorrectos mas, sobretudo, induzir de forma proactiva a adopção de incentivos positivos e a exclusão de incentivos negativos;
9	Revisão e reporte periódico	▪ Reporte e <i>feedback</i> periódico do esquema de incentivos para os profissionais, com vista a manter e/ou maximizar a sua cooperação e níveis de satisfação; revisão periódica do modelo, visando, por exemplo, a inclusão de novos indicadores e/ou a alteração das metas previstas. O processo de revisão do modelo deve respeitar o <i>feedback</i> obtido junto dos diferentes profissionais.
10	Dinâmica evolutiva	▪ Compreender a evolução temporal do próprio modelo de incentivos, contemplando um cenário de transição entre o modelo pré-existente e o respectivo modelo a adoptar.

Fonte: Figura de elaboração própria a partir de Christianson, Knutson e Mazze, 2006; Global Health Workforce Alliance, 2008; Elovainio, 2010; Glasziou et al., 2012.

4.3.2.2. Fluxos de incentivos

Uma das questões mais preponderantes na definição do modelo de incentivos decorre da arquitectura dos fluxos de incentivos e da forma como estes atingem os respectivos profissionais e/ou grupo de profissionais. Na Figura 8 apresenta-se o resumo ilustrativo de potenciais fluxos financeiros de incentivos para os profissionais, compreendendo três possibilidades, a saber: (1) o incentivo dos profissionais e/ou grupos de profissionais a partir da instituição prestadora, de acordo com critérios previamente definidos com o financiador do sistema de saúde (em regime de cascata); (2) o incentivo formal do próprio profissional e/ou grupo de profissionais a partir do financiador; e (3) o incentivo directo dos profissionais e/ou grupos de profissionais de acordo com os critérios de gestão e de organização da instituição e não, ao contrário do que sucede em (1), ditados – total ou parcialmente – pelo financiador do sistema de saúde.

Figura 8. Cenários (1, 2 e 3) da arquitectura de fluxos de incentivos.



Fonte: Figura de elaboração própria a partir de Elovainio (2010).

No contexto específico das ULS, dada a sua autonomia técnica e financeira, deverá **considerar-se o fluxo ilustrado no cenário (3)** da Figura 8, i.e. a instituição apresenta - sempre e quando respeitando o enquadramento legal em vigor descrito na subsecção 4.3.2.7. Enquadramento legal – a liberdade para definir e implementar modelos de incentivos aos profissionais e/ou grupos de profissionais.

Incentivos individuais e/ou de grupo

A prática de cuidados de saúde num ambiente dominado pela integração vertical de cuidados de saúde compreende uma multidisciplinaridade de intervenientes (e.g. especialistas no domínio dos cuidados primários e hospitalares, de diferentes especialidades médicas e cirúrgicas) e a realização de trabalho de equipa. Esta situação coloca um desafio acrescido aquando do desenvolvimento da estrutura do modelo de incentivos. Assim, dado o balanço de trabalho individual e de grupo desenvolvido por cada profissional da instituição, coloca-se uma pergunta pertinente: **como e quem deve ser incentivado?**

A avaliação internacional de modelos implementados evidencia a inexistência de uma estrutura óptima que deva ser seguida (Christianson, Knutson e Mazze, 2006). Assim, o modelo de incentivos a adoptar deverá simultaneamente: (1) tangibilizar os resultados individuais de cada profissional; e (2) potenciar a articulação entre equipas da mesma ou de diferentes unidades. Ambas as alternativas apresentam as suas vantagens e desvantagens pois, por exemplo, enquanto os **incentivos individuais** permitem aumentar o seu nível de satisfação para com o modelo, em virtude da obtenção de resultados directamente relacionados com os seus resultados, também apresentam como desvantagem a dificuldade metodológica de definir indicadores de desempenho individual para os diferentes tipos de recursos humanos em unidades de elevada diferenciação. Por seu lado, os **incentivos de grupo**, permitem potenciar o trabalho de equipa e continuidade de cuidados mas podem comportar um menor envolvimento dos profissionais, ao sentirem que o seu nível de incentivos não depende directamente de si mas de um conjunto de factores que não se encontram na sua dependência directa (Elovainio, 2010).

Com o intuito de garantir o alinhamento dos interesses da ULS com os do modelo de incentivos dos profissionais, bem como garantir a sua viabilidade a medio/longo prazo por via da adesão dos profissionais, afigura-se essencial encontrar uma **relação de compromisso** entre os incentivos dos profissionais a nível individual e de grupo. Em adição, convém apontar que não se deve contemplar apenas um modelo de incentivos para todo e qualquer profissional, mas sim diferentes indicadores de análise em função do tipo de profissional e de unidade e, caso necessário, entre diferentes profissionais do mesmo grupo (e.g. médicos de diferentes especialidades médicas e cirúrgicas).

4.3.2.3. Unidade de pagamento

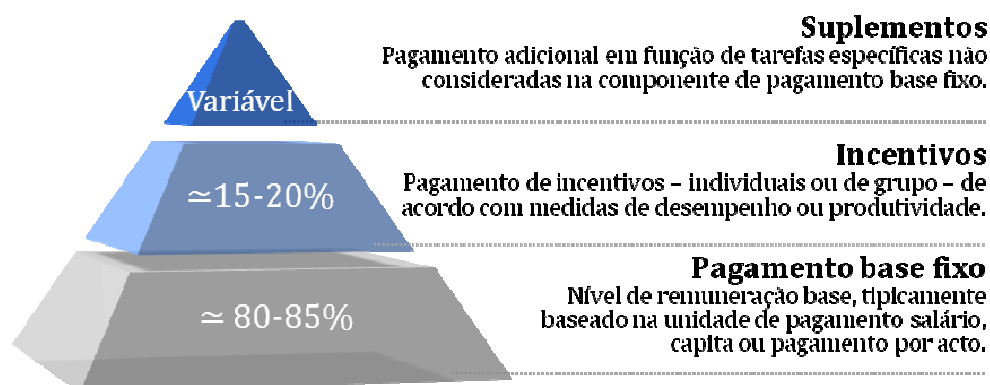
Unidade de pagamento: componente de incentivo financeiro

A unidade de pagamento compreende uma decisão estratégica inerente à estrutura do modelo. Tipicamente, os modelos de incentivos desenvolvidos e/ou reformulados assumem a conjugação de duas ou mais unidades de pagamento.

De acordo com a literatura analisada, e tendo como termo de comparação sistemas de saúde de matriz marcadamente “*beveridgiana*”, os modelos de incentivos são compostos essencialmente, conforme disposto na Figura 9, por três camadas: (1) **valor base** - tendencialmente fixo - que corresponde a um salário ou, no caso de profissionais que prestam actividades assistenciais – sobretudo no domínio dos cuidados primários -, a um valor de capita decorrente da população coberta ajustada por risco. Esta camada tipicamente compreende cerca de 80-85% do valor total do remuneração e destina-se a – simultaneamente - ressarcir o profissional pelas tarefas base que desempenha, assim como garantir um nível de segurança e conforto financeiro (Rosenthal, 2008; Rosenthal et al., 2002; Llanos et al., 2007); (2) um **valor adicional variável de incentivo** individual, por especialidade e/ou por grupo profissional em função do grau de cumprimento de metas ao nível de indicadores de produtividade e/ou desempenho; e (3) uma terceira camada resultante dos **suplementos** que caracterizam a actividade assistencial de diferentes prestadores, como por

exemplo, actividades de ensino, horas extraordinárias ou disponibilidade temporal adicional para áreas assistenciais como a urgência.

Figura 9. Principais componentes típicas de um modelo de incentivos financeiros



Fonte: Figura de elaboração própria.

Outra observação relevante retirada da literatura prende-se com a **magnitude** dos incentivos financeiros decorrentes do pagamento por desempenho. Apesar da variabilidade de evidência verificada nos estudos analisados, a maioria dos estudos aponta – à semelhança de teoria do rendimento alvo – uma correlação, ainda que reduzida a moderada, entre a magnitude dos incentivos pagos e o respectivo sucesso da sua implementação (Rosenthal et al., 2007). Assim, os incentivos variáveis devem ser significativos mas não excessivos, atingindo cerca **de 15 a 20% do valor total do incentivo financeiro** (um valor mínimo de 10% é desejável de acordo com entidades seguradoras) (Llanos et al. 2007). Contudo, tipicamente - sobretudo durante o período de transição - as instituições não dispõem dessas verbas financeiras. Por conseguinte, sob pena do incentivo financeiro por trabalhador apresentar um carácter residual, poderá equacionar-se a (re)utilização dos fundos para maximizar as condições de trabalho, por via de, por exemplo, aquisição de um novo sistema informático, compra de equipamento para melhoria das condições (e.g. remodelação da sala de *staff*) ou organização de actividades lúdicas de equipa patrocinadas pela instituição.

Particularizando para o caso das ULS, recorde-se que o actual modelo de financiamento da instituição assenta num valor de capita ajustado pelo risco multiplicado pela respectiva população coberta. Neste sentido, uma possível interpretação na construção do modelo seria a transposição de um modelo homólogo para os profissionais, ou seja, de pagamento em função da população coberta. No entanto, visto que a actual unidade de pagamento preferencial é o salário (salvo excepções, como as USFs modelo B, descritas em maior detalhe na secção 5.2.) não se afigura possível uma transposição para um cenário de pagamento pela capita.

Por outro lado, a segunda camada de incentivos decorre tipicamente de critérios de produtividade e/ou desempenho. Contudo, a evolução verificada nos países designados por desenvolvidos tem registado uma mudança de paradigma no financiamento de unidades de saúde, preterindo a quantidade de actos assistenciais em prol da respectiva qualidade. O referido não significa que se deva ignorar os índices de produtividade dos profissionais. De facto, os índices de produtividade por profissional devem ser alvo de *benchmark* interno e, em caso de evidência de desalinhamento, i.e. de falta de produtividade e eficiência, medidas correctivas de incentivo negativo devem ser equacionadas no modelo (Glass, Pieper e Berlin, 1999).

Unidade de pagamento: componente de incentivo não financeiro

A par dos incentivos financeiros, o modelo de incentivos deverá considerar uma componente de incentivo de índole não financeira. A literatura analisada converge neste ponto, indicando que, apesar

da extrema importância da componente financeira, estes são insuficientes para reter e motivar os profissionais. Assim, incentivos não financeiros devem apresentar, em simultâneo, um papel nuclear, conforme listado na Tabela 7.

Tabela 7. Potenciais componentes de incentivo de índole financeira e não financeira.

Componente financeira	Componente <u>não</u> financeira
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condições de emprego <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remuneração com base em diferentes unidades de pagamento (e.g. salário); ▪ Pensão; ▪ Seguros; ▪ Subsídios ▪ Suplementos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Horas extraordinárias; ▪ Horas de prevenção; ▪ Cobertura de áreas assistenciais específicas (e.g. urgência). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente de trabalho <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomia e clara identificação de responsabilidades; ▪ Reconhecimento interpares; ▪ Emprego estável; ▪ Licença de maternidade/paternidade; ▪ Flexibilidade laboral <ul style="list-style-type: none"> ▪ Horário de trabalho flexível; ▪ Evolução na carreira; ▪ Desenvolvimento profissional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisão efectiva; ▪ Estruturas mentoras; ▪ Acesso a suporte de treino e formação; ▪ Incentivos intrínsecos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfação profissional; ▪ Desenvolvimento pessoal; ▪ Compromisso com os valores da instituição.

Fonte: Tabela de elaboração própria.

4.3.2.4. Mecanismos de Incentivo

A definição dos mecanismos de incentivo, apesar de aparentemente uma decisão menor, permite potenciar o modelo de incentivos mediante o alinhamento estratégico da estrutura do modelo com os objectivos da instituição (Elovainio, 2010).

Melhoria nos resultados vs resultados nominais

O mecanismo de atribuição de incentivos pode basear-se em dois mecanismos conceptualmente distintos, a saber: (1) na **melhoria nos resultados**, onde se avalia a evolução dos resultados entre dois pontos de observação temporal; e (2) nos **resultados nominais**, com base nos resultados registados num determinado ponto temporal (Elovainio, 2010). Cada um dos mecanismos apresenta as suas vantagens e desvantagens. Enquanto que em (1) os profissionais com pior desempenho de base apresentam um maior incentivo para a melhoria, no mecanismo (2) estes apresentam um menor incentivo, dada a menor probabilidade de sucesso e maior esforço associado à obtenção do resultado nominal definido. Por outro lado, o mecanismo (1) pode apresentar um impacto negativo nos profissionais com elevado *score* de base, devido à necessidade de um maior investimento (e.g. tempo dispendido) para obter a mesma magnitude de incentivos.

A construção de um modelo não obriga à adopção exclusiva de um mecanismo em detrimento de outro, podendo ambos coexistir no mesmo modelo, e inclusivamente ser utilizados em simultâneo para um mesmo indicador. A análise de Rosenthal et al. (2007) refere a crescente existência de mecanismos de incentivos baseados na melhoria ao nível dos modelos de pagamento por desempenho.

Incentivo individual vs competitivo

A diferença de *rationale* inerente a cada um dos mecanismos assenta na noção de escassez e competição por recursos. Enquanto no caso do incentivo **individual**, todos os profissionais que atinjam as metas pré-estabelecidas recebem o incentivo definido (i.e. apenas se considera o desempenho individual de cada profissional, independente dos restantes), no mecanismo **competitivo** os melhores (i.e. os profissionais que apresentam melhores resultados) recebem mais incentivos que os piores, de acordo com a disponibilidade financeira do pagador.

A adopção de um mecanismo de incentivo individual ou competitivo representa uma decisão estratégica para a instituição, dado as implicações e o risco financeiro decorrente. Em teoria, um modelo de incentivo baseado num mecanismo competitivo é melhor para o pagador (i.e. a instituição) pois permite a previsão do seu impacto financeiro. Contudo, como este mecanismo origina clivagens - criando grupos de vencedores e perdedores - deverá apresentar maior barreiras à sua implementação e exequibilidade (Rosenthal et al., 2007). Por conseguinte, uma relação de *trade-off* entre o risco financeiro e a probabilidade de sucesso de implementação do modelo deverá ser, caso a caso, equacionada.

4.3.2.5. Dimensões de análise

A literatura analisada converge na necessidade de estimar o impacto da implementação de um modelo de incentivos ao abrigo de diversas dimensões de análise, suportando que ganhos numa dimensão podem ser conseguidos “à custa” de uma outra. Assim, sob pena de se subverter a análise, é imprescindível equacionar um escopo de observação de âmbito mais alargado, compreendendo diversas dimensões, designadamente ao nível da:

- 1) **Eficiência** da instituição e/ou do sistema de saúde. A implementação de um modelo de incentivo pode apresentar neutralidade financeira ou – sobretudo no período de transição - um aumento temporário dos custos associados (e.g. custos financeiros directos e indirectos). Assim, a título de exemplo, o impacto decorrente dos custos adicionais de administração e implementação do modelo, ou da alteração dos comportamentos dos profissionais (e.g. redução da produtividade) deve ser estimado. O modelo de incentivos deverá potenciar a custo-efectividade dos recursos utilizados, o que - não obstante os custos financeiros intrínsecos acrescidos do modelo - poderá consubstanciar na perspectiva da instituição o aumento dos níveis de eficiência ou uma redução global de custos;
- 2) **Acessibilidade** a cuidados de saúde. A estimativa do impacto do modelo de incentivos ao nível desta dimensão é essencial, em particular em sistemas de saúde de cariz marcadamente *bevedgeriano*. A obtenção de melhorias noutras dimensões - como por exemplo ao nível da eficiência - pode decorrer da perda de acessibilidade dos utentes, o que, em função da natureza da instituição (e.g. pública ou privada), poderá representar um resultado não aceitável;
- 3) **Qualidade** dos cuidados prestados, designadamente ao nível da segurança e efectividade clínica. Independentemente do conceito considerado (abordado na secção 4.3.2.5. Dimensões de análise), a qualidade dos cuidados de saúde prestados tem representado uma das principais dimensões na génese de novos modelos de incentivo em países designados por desenvolvidos. Qualquer modelo de incentivos deverá compreender uma análise extensiva do potencial impacto nesta dimensão;
- 4) **Satisfação do utente**. O crescente envolvimento do utente no processo de coresponsabilização e decisão sobre o seu *stock* de saúde, bem como potenciais alterações ao nível de financiamento da instituição (e.g. com a inclusão progressiva do grau de satisfação do utente e o potencial aumento da liberdade de escolha do utente) colocam uma ênfase acrescida nesta dimensão. Para além do referido, o utente, enquanto consumidor de recursos das instituições de saúde deverá ser efectivamente (re)posicionado no centro da cadeia de valor;
- 5) **Satisfação do profissional**. Os profissionais ou grupo de profissionais são o alvo primordial do modelo de incentivos. Neste sentido, é essencial garantir a sua satisfação e cooperação para com o modelo proposto, sob pena do esforço de implementação (e respectivos custos) ser comprometido pela fraca adesão dos profissionais (Yan, Kingston-Riechers e Chuck, 2009).

A percepção da natureza do objectivo inerente à (re)construção do modelo, apesar de aparentemente inócuo, deve ser alvo de particular escrutínio, sob pena de se conceber um modelo que visa actuar unicamente com impacto positivo numa dimensão em detrimento de outras.

4.3.2.6. Selecção de indicadores

Partindo da premissa que para se actuar é preciso conhecer a realidade, importa analisar o **tipo de indicadores** a monitorizar no sentido de se medir o impacto do modelo de incentivo proposto.

Os indicadores representam as variáveis metodológicas mais sensíveis na definição da estrutura de um modelo de incentivos, tangibilizando os objectivos – gerais e específicos – inerentes ao modelo, motivo pelo qual este processo de decisão reveste-se de uma elevada complexidade e importância.

Para além do intenso trabalho de cooperação entre responsáveis da instituição e dos profissionais (e.g. no Reino Unido, os 142 indicadores finais do programa QOF resultaram de dezoito meses de negociações), os indicadores devem-se basear na evidência existente. No entanto, na prática, a definição dos indicadores decorre de uma relação de compromisso entre os indicadores “ideais”, com base nas boas práticas, e os “reais”, com base na disponibilidade e grau de confiança dos dados e da informação. Apesar dos indicadores deverem ser baseados em evidência, a sua transformação num modelo requer a adopção de diferentes ponderações, cuja validade técnica carece de evidência. Esta é comumente apontada como uma das principais limitações dos modelos.

Quanto ao tipo de indicadores, a literatura converge sobre a **triade** proposta por Donabedian (1980), assente em indicadores de **estrutura, processos e resultados**. Enquanto nos EUA há uma maior ênfase em indicadores de resultados, ao invés, noutros países, como o Reino Unido ou a Austrália, verifica-se uma maior preponderância de indicadores de processos (Costa 2005). No entanto, para garantir a coesão e adequabilidade do modelo de incentivos, deverá optar-se por um **modelo misto**, que inclua indicadores de resultados, de processos e, ainda que em menor escala, de estrutura.

O **número de indicadores** utilizados varia substancialmente entre os modelos analisados, apontando-se num extremo, o modelo francês CAPI construído com apenas 16 indicadores, e no extremo oposto, o modelo QOF no Reino Unido que apresenta – na versão de 2011/2012 - cerca de 142 indicadores (ver Anexo II). O número de indicadores utilizados depende especificamente dos objectivos do modelo de incentivos, sendo que à medida que o programa de incentivos se desenvolve, verifica-se – regra geral - um aumento do número de indicadores. O modelo de incentivos deverá focar-se apenas em indicadores consistentes, não contraditórios e em número limitado (ao contrário do que sucede no caso do Reino Unido) sob pena de se tornar demasiado complexo, de difícil entendimento e implementação (Glass, Pieper e Berlin, 1999).

Quanto às **fontes de dados**, deverá utilizar-se dados administrativos e/ou clínicos, tendo por base a área de produção da instituição. Em adição, para a avaliação das dimensões de satisfação – quer do utente, quer do profissional – poderá considerar-se a utilização de questionários, de natureza opcional para o utente e obrigatória para o profissional. Caso se recorra a metodologias assentes em questionários, aconselha-se a sua implementação por uma entidade externa à instituição.

4.3.2.7. Enquadramento legal

A construção de um modelo de incentivos deve respeitar o enquadramento legal nacional vigente em função da natureza do prestador e do vínculo laboral existente entre este e o profissional.

A criação dos **Hospitais SA** e, posteriormente, em 2005, dos **Hospitais EPE** (ao abrigo do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho), compreende a criação de estruturas públicas dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Esta alteração estrutural visou uma superior aproximação da gestão organizacional das unidades hospitalares à gestão empresarial

convencional, designadamente ao nível dos recursos humanos. Esta situação permitiu a introdução do contrato individual de trabalho (CIT) com a consequente aplicação das regras previstas no direito privado. Como resultado, nos Hospitais e ULS EPE **vigoram, em simultâneo, dois regimes de trabalho distintos**: o referido CIT e o contrato de função pública (CFP), para colaboradores com relação jurídica pré-existente de emprego em funções públicas que não aderiram ao CIT.

Esta coexistência de diferentes vínculos entre colaboradores do mesmo grupo profissional origina importantes disfunções no domínio da gestão dos recursos humanos, visto que dois profissionais com as mesmas funções (ou seja, responsabilidades equivalentes), podem apresentar diferentes horários de trabalho, tipos de exclusividade, remuneração, direitos a férias e modelos de incentivos, i.e., direitos completamente díspares. Esta situação, contraproducente na sua natureza, deverá ser considerada aquando da concepção e implementação de um modelo de incentivos. Entre os possíveis rearranjos contratuais importa destacar a existência de disparidades ao nível da: (1) unidade de pagamento, com profissionais salarizados e colaboradores em regime de externalização, sujeitos a variadas unidades de pagamento, desde o pagamento por acto ao pagamento por hora; (2) horários de trabalho, em particular no que respeita aos profissionais médicos (35, 40 ou 42 horas por semana); e (3) coexistência de diferentes regimes de exclusividade, em particular o que concerne os profissionais médicos. Esta última componente é de especial relevância, tendo sido amplamente discutida como um *driver* gerador de conflitos de interesses (profissionais com ligações ao sector público e privado) e inferiores níveis de produtividade por profissional. A percepção generalizada de inferior produtividade em médicos sem dedicação exclusiva – e consequente impacto negativo na dimensão eficiência – apresenta evidência empírica mista. No entanto, não é objectivo do presente trabalho detalhar este tópico (idem para as carreiras profissionais) dado que, a acontecer alterações, estas resultarão unicamente do exercício do poder executivo e legislativo.

O modelo de incentivos dos profissionais em vigor na esfera da Administração Pública compreende, independentemente da área de negócio, um sistema único de avaliação de desempenho designado por Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (vulgo SIADAP), definido ao abrigo da Lei n.º 10/2004, de 22 de Março e Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro. Por seu lado, o modelo de incentivo associado aos trabalhadores ao abrigo do direito privado – consubstanciado na forma jurídica do CIT – é variável em função da instituição. Na medida do possível, o modelo de incentivos deverá promover a equidade entre profissionais, sendo que para tal, deverá equacionar-se um cenário de integração de profissionais no âmbito da administração pública. Para tal, estes profissionais deverão, obrigatoriamente, ser alvo de uma revisão do vínculo laboral, compreendendo a realização de um CIT, ou, em alternativa, ser integrados num amplo de âmbito sindical. Ambas as alternativas apresentam diferentes probabilidades de acontecimento, devendo ser equacionadas aquando da análise de sensibilidade do impacto do modelo de incentivos.

Para além da reforma da empresarialização dos hospitais, importa realçar a criação dos **Centros de Responsabilidade Integrada** (CRI), regulamentados pelo Decreto-lei 347/99 de 18 de Setembro. O objectivo desta reforma compreendeu uma maior descentralização na estrutura funcional e a atribuição de uma dotação orçamental própria, a partir do qual se concebe um modelo de incentivos específico para estruturas intermédias, nomeadamente grupos de profissionais (tipicamente coincidente com um serviço ou departamento). Convém, não obstante a potencial mais-valia desta reforma, apontar que a implementação de diversos CRIs numa unidade hospitalar pode contribuir para a atomização do orçamento da unidade e que a manutenção da actual situação compromete a equidade horizontal ao longo dos diversos profissionais da unidade. Em todo o caso, urge apontar a ausência de estudos imparciais de referência que analisem os resultados dos CRIs sobre diversas dimensões.

As reformas históricas realizadas – tanto a nível macro (e.g. Hospitais SA e EPE) como meso (e.g. CRI) - consubstanciam a tendência de dotação dos gestores de uma maior liberdade e autonomia, designadamente no que respeita à gestão dos recursos humanos. No entanto, num passado recente, parte da autonomia destas organizações parece ter sido revogada e comprometida pela tutela face a contingências de índole financeira. Apesar da recente evolução negativa e do enquadramento legal vigente, que potencialmente compromete - em particular os profissionais na esfera da administração pública - o grau de adesão dos profissionais a futuros modelos de incentivos, é essencial envidar esforços no sentido de promover a implementação de modelos de profissionais globais, custo-effectivos e alinhados com os interesses do sistema de saúde.

De facto, a manutenção de vínculos contratuais e unidades de pagamento reconhecidamente ineficientes e desalinhadas com os objectivos da instituição sobre o pretexto da observação de critérios formais e legais contrasta fortemente com as necessidades prementes de flexibilização dos recursos humanos (Girardi, Carvalho e Girardi, 2007). Sob pena de se condicionar e comprometer o desempenho das instituições de saúde é **urgente repensar** – de acordo com os próprios eixos estratégicos do SNS e das suas instituições – **os actuais modelos de incentivos dos profissionais**. Esta necessidade é ainda mais premente ao nível do modelo de incentivos corporizado no SIADAP (para profissionais ao abrigo do contrato de função pública), incapaz de retratar as especificidades intrínsecas a unidades de saúde em contexto de integração vertical.

4.3.3. *Análise de benchmark*

Enquadrados que estão a estrutura do modelo e as contingências legais intrínsecas, detalha-se a evidência internacional existente ao nível de diferentes países de referência. A compreensão das especificidades dos processos de integração de cuidados de saúde de diferentes tipologias (e.g. vertical, horizontal) e dimensões (e.g. clínica, normativa, sistémica) em diferentes sistemas de saúde (sistemas de matriz tendencialmente “*beveredgiana*” ou “*bismarckiana*”) é essencial para aferir adequadamente sobre a evidência empírica existente.

O escopo da presente análise de *benchmark* foca-se, preferencialmente, nos **profissionais médicos**. Esta opção decorre do facto da literatura se debruçar maioritariamente sobre este recurso humano, resultado de: (a) estes serem um recurso limitado, sendo, em mercados de saúde de elevada competição como o norte-americano, o principal alvo de incentivos por parte dos diversos *players* prestadores; e (b) as suas **decisões acarretam cerca de 80% do total da despesa em saúde** e um elevado impacto na dimensão da qualidade dos cuidados e satisfação do utente (enquanto cliente pagador nos sistemas de saúde de origem *bismarckiana*) (Christianson, Knutson e Mazze, 2006).

Conforme ilustrado na Tabela 8, a estrutura dos modelos de incentivos associados aos profissionais médicos divergem significativamente entre países, em particular no que respeita à unidade de pagamento em vigor. O disposto na Tabela 8 deve ser entendido como um resumo das unidades de pagamento base mais representativas em cada país e não como uma descrição exaustiva das unidades de pagamento existentes dado que – na maioria, se não na totalidade – o pagamento por acto, capita, salário e desempenho coexistem.

Tabela 8. Unidades de pagamento base mais representativas dos médicos por unidade para diversos países.

Países	Cuidados Primários	Hospitais Públicos	Hospitais Privados
Alemanha	▪ Pagamento por acto.	▪ Salário. Pagamento por acto para utentes provenientes do sector privado.	▪ Salário.
Austrália	▪ 75-80% decorrentes de múltiplas unidades de pagamento (especialmente pagamento por acto e 10% decorrente do valor de capita e pagamento por desempenho no domínio da vacinação).	▪ Diversas unidades de pagamento (salário para tratamento de utentes provenientes do sector público e pagamento por acto para utentes de natureza privada).	▪ Pagamento por acto e salário.
Áustria	▪ 60% de pagamento por acto e 40% resultante de pagamento por acto e capitação.	▪ 90% resultante de salário e 10% de pagamento por acto.	▪ 90% resultante de pagamento por acto e 10% de salário.
Dinamarca	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento (63% pagamento por acto, 28% capita).	▪ Salário.	▪ N/A
Espanha	▪ Unidades de pagamento misto (85% salário e 15% de resultante da capitação)	▪ Salário.	▪ Sobretudo pagamento por acto.
Estados Unidos da América	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento (36% pagamento por acto, 35% capitação e 23% salário).	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento.	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento.
França	▪ Pagamento por acto.	▪ Salário.	▪ Pagamento por acto.
Holanda	▪ Dependente do nível de rendimento do utente (pagamento por acto/capita para utentes com elevado/reduzido nível de rendimentos).	▪ N/A	▪ Conjugação de pagamento por acto e salário.
Noruega	▪ Múltiplas unidades de pagamento (70% resultante de pagamento por acto e 30% de capitação).	▪ Salário.	▪ N/A
Portugal	▪ Predominantemente salário.	▪ Salário.	▪ Pagamento por acto e, em menor escala, salário.
Reino Unido	▪ 86% resultante da conjugação de múltiplas unidades de pagamento (sobretudo capitação, pagamento por acto para determinados serviços e pagamento por desempenho para áreas assistenciais como vacinação). 14% de pagamento por acto para o sector privado.	▪ 100% de salário para utentes provenientes do sector público. Pagamento por acto para utentes do sector não público.	▪ Pagamento por acto.
Suécia	▪ Salário.	▪ Salário.	▪ Sobretudo pagamento por acto.
Suíça	▪ Sobretudo pagamento por acto e uma minoria (<5%) por salário.	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento (pagamento por acto, salário e pagamento por desempenho).	▪ Conjugação de diversas unidades de pagamento (pagamento por acto, salário e pagamento por desempenho).

Legenda: Utilização de fundo verde/cinza/amarelo para identificação de sistemas de saúde de natureza *beveridgiana*, *bismarckiana* e de seguro privado de saúde.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de Yan, Kingston-Riechers e Chuck (2009), Bessa (2011), (Cherchiglia 2005)

Na Tabela 8 e, de forma sumária, na Tabela 9, constata-se a existência de uma tendência de **relação entre a unidade de pagamento contemplada e a matriz inerente ao respectivo sistema de saúde** (de natureza *bismarckiana*, *beveridgiana* ou de seguro privado).

Tabela 9. Resumo das unidades de pagamento dos médicos por tipo de unidade e natureza do sistema de saúde.

Tipo de Unidade	Sistema tendencialmente Bismarckiano	Sistema tendencialmente Beveridgiano	Seguros Privados
Cuidados Primários	▪ Preferencialmente pagamento pelo acto.	▪ Preferencialmente salário ou pagamento por acto, conjugado com capita.	▪ Preferencialmente pagamento por acto, conjugado com salário e capita (em processo de redução do pagamento por acto).
Hospitais Públicos	▪ Preferencialmente pagamento por acto, conjugado com salário.	▪ Preferencialmente salário.	▪ Preferencialmente pagamento por acto, conjugado com salário.
Hospitais Privados	▪ Conjugação de pagamento por acto e salário.	▪ Preferencialmente pagamento por acto, conjugado com salário.	▪ Preferencialmente pagamento por acto, conjugado com salário.

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Partindo desta linha de raciocínio apresenta-se, em maior detalhe, diversos modelos de incentivos considerados em cinco países de referência, a saber a(o): (1) Austrália; (2) Espanha; (3) Estados Unidos da América; (4) França; e (5) Reino Unido (ver Anexo II). A opção por estes modelos decorreu do seu alargado âmbito de aplicação e da transparência da sua estrutura (i.e. existência de evidência e literatura detalhada). Esta necessidade verificou-se em particular nos Estados Unidos da América, onde outros modelos de incentivos, aplicados em contextos de prestadores e financiadores privados (e.g. *Kaiser Permanente Medical Group*), apresentavam uma elevada opacidade.

4.3.3.1. Austrália

O programa de incentivo analisado, designado por PIP (Practice Incentive Program), decorre da acção desenvolvida pela Medicare Austrália. Este programa de pagamento por **desempenho** visa, no âmbito dos cuidados primários de saúde, a promoção de actividades que potenciem uma melhoria contínua ao nível de diversas dimensões, designadamente: acessibilidade e qualidade de cuidados; eficiência da capacidade instalada; e resultados de saúde dos utentes (Medicare Australia, 2011).

Os onze indicadores apresentados debruçam-se sobre a gestão de doenças específicas (e.g. asma ou diabetes), salientando-se a orientação para a dimensão qualidade, acessibilidade (e.g. pagamento de horas extraordinárias ou compensação por efeito de ruralidade) e eficiência (e.g. controlo da prescrição de medicamentos). Os incentivos, que corporizam um programa de pagamento por desempenho, destinam-se a complementar o método de remuneração base, assente no pagamento por acto (Elovainio, 2010; Wranik e Durier-Copp, 2010).

Quanto à sua estrutura e arquitectura, verifica-se a existência de poucas regras formais quanto aos fluxos de incentivos (com uma abordagem *quasi-organizacional*), baseado em mecanismos de remuneração nominais e individuais (Elovainio, 2010).

4.3.3.2. Espanha

O Instituto Catalão de Saúde, o maior prestador público de cuidados primários e hospitalares, implementou em 2004 um programa de incentivo com base no **desempenho**, tendo por alvo diversas categorias profissionais, designadamente médicos, enfermeiros e administradores (Puelles e Badia, 2004).

As principais dimensões de análise compreendem a acessibilidade, a qualidade dos cuidados prestados (em particular nos incentivos relativos aos profissionais prestadores), eficiência e satisfação do utente. O nível de incentivos dos administradores depende também do nível de satisfação entre os profissionais sobre a sua responsabilidade (Puelles e Badia, 2004).

Quanto à sua estrutura, esta assenta em oito indicadores de processo e mecanismos de remuneração nominais e individuais (Puelles e Badia, 2004).

4.3.3.3. Estados Unidos da América (EUA)

Os modelos de incentivos baseados na produção tem apresentado uma evolução histórica marcadamente decrescente, ao contrário dos modelos associados ao pagamento de valores de remuneração base – complementado por bónus e/ou suplementos. Este enquadramento decorre sobretudo da realidade intrínseca do mercado de saúde norte-americano, caracterizado por um elevado nível de concorrência e uma oferta insuficiente de profissionais médicos para fazer face à procura existente. A contínua evolução em prol de modelos de incentivos que incluam níveis de remuneração base, por oposição aos modelos convencionais de pagamento com base na produção, decorre da tendência de evolução do financiamento das próprias unidades. De facto, a evolução verificada ao nível das unidades de saúde evidencia uma tendência favorável em função do valor criado, em particular associado aos níveis de qualidade, e não, como previamente, apenas à quantidade de actos prestados.

Em adição, em função do tipo de unidade, verifica-se uma elevada dispersão dos modelos de incentivos relatados pelos profissionais médicos como sendo os adequados. De acordo com Shi, Wu e Xu (2011), cerca de 90%/78%/84% dos profissionais médicos a trabalhar em unidades de cuidados terciários/secundários/primários reportam que a unidade de pagamento adequada é, respectivamente, o pagamento por acto/pagamento por episódio ou conjunto de actos (e.g. DRG)/pagamento por capitação. Neste contexto, a consecução de um modelo de incentivos em ambiente de integração vertical de cuidados pode – e deve - compreender diversas variações em função das especificidades intrínsecas a cada nível de cuidados.

A utilização de uma componente base de remuneração – seja por remuneração do tempo, i.e. salário, ou pelos níveis de cobertura proporcionados, i.e. capita - sob o qual se adicionam incentivos associados ao desempenho consubstancia o modelo proposto pela *Mayo Clinic* e a *Kaiser Permanente Medical Group*. No entanto, face à sua natureza privada, bem como da maioria dos prestadores e pagadores norte-americanos, verifica-se uma elevada atomização e falta de transparência associada aos programas de pagamento por desempenho, tanto em número (mais de 150) como no seu âmbito de aplicação – por vezes - restrito e limitado (e.g. aplicado a patologias específicas).

Para além da dificuldade metodológica de identificação explícita da sua estrutura (apesar de se reconhecer a sua orientação para os resultados), a elevada atomização de programas de incentivos - ao contrário do que sucede nos restantes países - bem como a sua concentração ao nível da instituição, e não exclusivamente no profissional, dificulta uma maior compreensão do enquadramento de modelos de desempenho associado aos profissionais nos EUA. O modelo Prometheus constitui uma excepção ao referido e descreve-se de seguida em maior detalhe.

O modelo Prometheus apresenta uma elevada abrangência de aplicação, encontrando-se disseminado em hospitais diversos dos EUA, com uma abrangência superior a 50% da despesa hospitalar. Este modelo baseia-se numa (re)distribuição do risco financeiro entre o pagador e os profissionais médicos envolvidos (Gosfield, 2006). Pela sua especificidade e complexidade intrínseca, detalha-se a metodologia inerente ao cálculo dos respectivos incentivos.

O modelo Prometheus estrutura-se em duas camadas distintas, uma primeira, com o pagamento base parcial do produto (80% para episódios agudos e 90% para crónicos), e uma segunda, caso existente, com o posterior pagamento de incentivos financeiros com base no **desempenho**.

O fundo de contingência do modelo, decorrente da retenção percental considerada face aos valores base prévios, 50% do valor é alocado ao pagamento de incentivos decorrentes da qualidade

assistencial e os restantes 50% em função dos níveis de eficiência. De referir, no entanto, que se o *threshold* de qualidade assistencial não for atingido (*score* de qualidade insuficiente) não haverá lugar ao pagamento de incentivos de eficiência. Assim, precavê-se o modelo de conceder incentivos positivos e negativos em função da dimensão analisada, precavendo-se o não incentivo de más práticas assistenciais (Gosfield, 2006; Gosfield, 2007).

O referido *score* de qualidade assistencial decorre de duas componentes: (1) 70% resultante do próprio prestador, decorrente de indicadores de adesão a *guidelines* clínicas, satisfação do utente e ao nível da eficiência e qualidade dos cuidados prestados; e (2) o restante 30% decorrente da performance dos restantes prestadores. Um segundo *score*, de eficiência, é calculado, permitindo avaliar a eficiência relativa dos profissionais em causa.

Quanto à estrutura do modelo, o pagamento de incentivos – quer ao nível da dimensão da qualidade quer da de eficiência – é pago numa lógica individual de *pro rata*, i.e., um pagamento progressivo em função dos resultados nominais (em ambas dimensões) do prestador. No entanto, como é expectável que nem todos os prestadores atinjam os valores de *score* máximos, as verbas financeiras remanescentes são posteriormente distribuídas numa lógica competitiva, apenas entre os 25% melhores prestadores. Os mecanismos de incentivos contemplados apresentam, por conseguinte, significativas diferenças face aos convencionais mecanismos não concorrenciais.

Em suma, este modelo de incentivos, apesar de considerar a dimensão qualidade de cuidados, apresenta também um claro foco no aumento dos níveis de eficiência do sistema de saúde, apresentando a novidade estrutural de incluir mecanismos de incentivos competitivos e um claro incentivo à integração clínica entre diferentes prestadores para potenciar os níveis de eficiência.

4.3.3.4. França

A organização nacional de seguros de saúde introduziu, em 2009, um novo modelo de incentivo voluntário – designado por CAPI (*Contrats d'amélioration des pratiques individuelles*) - baseado no nível de **desempenho** dos profissionais médicos dos cuidados primários (Elovainio, 2010).

As duas dimensões explicitamente consideradas no modelo são a eficiência e qualidade dos cuidados assistenciais, comportando indicadores (maioritariamente de processo) ao nível da área de prevenção, gestão de doenças crónicas e controlo das despesas associado à prescrição. Os indicadores considerados são, em função da realidade específica dos cuidados primários franceses, de nível individual, compreendendo uma estrutura e arquitectura formal de fluxos mediante o estabelecimento de um contrato directo entre o pagador e o profissional médico e/ou grupo de profissionais médicos (Elovainio, 2010).

4.3.3.5. Reino Unido

O principal modelo de incentivos implementado no Reino Unido, designado por QOF (*Quality and Outcomes Framework*), abrange maioritariamente os cuidados primários, sendo composto – em 2011/12 - por 142 indicadores (de processo e resultados), com particular enfoque nas dimensões: qualidade assistencial (87 indicadores); nível de organização (45 indicadores), incluindo indicadores de eficiência; satisfação do utente (1 indicador); e prestação de serviços adicionais específicos (44 indicadores) (Health and Social Care Information Centre, 2012).

Este modelo de incentivos, baseado no **desempenho**, consubstancia um incentivo adicional ao pagamento base, assente no pagamento de um valor de capita integrada, que confere a atribuição de responsabilidades (e respectivo risco financeiro) de gestão de fundos financeiros dos utentes às unidades de cuidados primários.

A agência de regulação do NHS - o NICE – foi recentemente nomeada como entidade responsável pelo processo de desenvolvimento e revisão dos indicadores considerados, tendo constatado a inexistência de critérios favoráveis de custo-efectividade em torno do programa de incentivos e de alguns indicadores em particular (Elovainio, 2010), (Walker et al., 2010). De facto, o programa QOF comportou um aumento, em 5 anos, de 25% do nível de rendimentos das unidades de saúde de cuidados primários. Esta situação decorreu de duas variáveis: (1) elevadas taxas de sucesso (superiores a 95%) como resultado do desadequamento das metas pré-estabelecidas; e (2) um mecanismo de incentivo nominal não competitivo com elevado risco financeiro adstrito.

Por outro lado, no que respeita à estrutura e arquitectura considerada, e dada a inexistência de um fluxo formal de incentivos na perspectiva interna da instituição, verificou-se uma ausência de critérios de uniformidade na transmissão de incentivos para todas as categorias profissionais. Esta limitação parece ter estado na génese de cisões e descontentamento de profissionais diversos, comportando um impacto negativo cruzado do modelo ao nível da dimensão da satisfação do profissional. (Campbell et al. (2008) em Elovainio (2010)).

O modelo de incentivos do QOF, à semelhança do modelo PIP em vigor na Austrália, compreende uma lógica organizacional, orientada eminentemente para a prática clínica e gestão de doenças crónicas. Neste sentido, o adequado alinhamento entre o modelo de governação das unidades e o modelo de incentivos é essencial para garantir o seu sucesso na fase de implementação.

4.3.3.6. Portugal

Na presente subsecção detalha-se a realidade específica de Portugal, no que respeita às ULS. Para o efeito, divide-se a subsecção em duas partes lógicas, a saber: (1) o enquadramento da realidade das ULS e do mercado de saúde nacional, em particular no que respeita aos profissionais, com claro foco nos médicos; e (2) a caracterização dos modelos de incentivo vigentes, em função de diversas variáveis, como o tipo de unidade, a linha assistencial ou a categoria profissional considerada.

A definição de um modelo de incentivos não pode descurar a análise da realidade específica – conjuntural e estrutural – resultante de um balanço assimétrico entre a procura e a oferta de cuidados. A título ilustrativo, a disponibilidade de profissionais na região litoral de Portugal, a variação inerente à distribuição de profissionais por especialidade médica e cirúrgica, ou ainda a disponibilidade de médicos vs enfermeiros, são apenas algumas das variáveis associadas ao mercado que são essenciais para a posterior definição do modelo de incentivos a implementar.

A análise da estrutura etária dos médicos do SNS revela, de acordo com a ACSS, um elevado envelhecimento da profissão médica (em 2007, 44% dos profissionais têm idade superior a 50 anos face ao valor de 28% em 2002) (Natário e Amaral, 2011). Este envelhecimento incide particularmente sobre os especialistas na área de medicina geral e familiar, onde, em 2007, mais de 70% dos clínicos apresentam mais de 50 anos de idade e apenas 9% menos de 35. Apesar dos recentes esforços desenvolvidos no sentido de reverter esta situação, nomeadamente pela alocação de um maior número de vagas adstritas a esta especialidade, a dinâmica de substituição geracional, em particular no curto prazo, encontra-se comprometida (saídas superam as entradas). Para colmatar esta situação deverá ponderar-se a revisão das responsabilidades dos diversos profissionais de saúde, designadamente pela atribuição de um maior número de responsabilidades a enfermeiros (com o aumento do rácio enfermeiro/médico), e a atribuição de incentivos de maior magnitude a profissionais médicos dos cuidados primários.

No domínio dos cuidados hospitalares, verifica-se – conforme ilustrado no Anexo III - uma elevada variabilidade dos níveis de cobertura dos profissionais médicos por especialidade médica e cirúrgica.

Para além do referido para a especialidade de medicina geral e familiar, importa apontar a insuficiência de profissionais em diversas especialidades, em particular ao nível da Medicina Interna. Por último, a utilização de incentivos adicionais com vista à retenção de profissionais – em particular médicos – em áreas geográficas deprimidas e com escassez de recursos humanos deve ser equacionada, independentemente da unidade de pagamento base considerada (Girardi, Carvalho e Girardi, 2007). De facto, a própria realidade geodemográfica nacional, com regiões de reduzida densidade populacional, impossibilita a obtenção dos mesmos níveis de acessibilidade a cuidados de saúde com base nos mesmos rácios de recursos – técnicos, humanos e financeiros – de outros países como, por exemplo, a Holanda ou Bélgica.

Unidades Locais de saúde – actual realidade dos modelos de incentivos:

O modelo de incentivos a profissionais das ULS diverge em função de variáveis diversas, como o(a): (1) tipo de unidade; (2) linha assistencial; e (3) especialidade considerada.

1- Tipo de Unidade:

O contínuo de cuidados promovido pelas ULS compreende a integração de diversas unidades de saúde, ao nível dos cuidados primários, hospitalares e, caso existente, continuados.

4.4.2.6.1. Cuidados Primários:

Os cuidados primários englobam uma multiplicidade de unidades (e.g. ACES, USF, UCSP, UCC, USP). Pela sua maior representatividade, optou-se por focar a presente análise nos ACES, mais concretamente ao nível das: 1) UCSP; e 2) USFs (modelo A e B).

Para se avaliar o *rationale* inerente ao método de incentivo dos profissionais, procurou-se correlacionar este com o modelo de incentivos da própria instituição, considerando dois cenários distintos: (1) com ou (2) sem integração vertical de cuidados (ver Tabela 10).

O modelo de incentivos **institucionais** em ambiente sem integração vertical de cuidados compreende o pagamento de acordo com o contrato-programa estabelecido com as respectivas ARS competentes e os ACES, numa lógica de distribuição da dotação orçamental das ARS destinada ao financiamento dos cuidados primários. O modelo de incentivos institucionais compreende ainda a observação de diversos indicadores (20 no caso dos ACES/UCSP e 15 nas USFs de modelo A e B), compreendendo, em ambos, 4 dimensões: acessibilidade; desempenho assistencial; satisfação do utente; e eficiência.

Por oposição, num contexto com integração vertical, verifica-se o pagamento de um modelo de incentivos global e único para a cadeia de cuidados de saúde, incorporando os incentivos adstritos aos cuidados primários e hospitalares. A definição do modelo de incentivo das ULS compreende (como detalhado na secção 4.2.) o ajustamento pelo risco da componente da procura, mediante a avaliação de variáveis relativas ao estado de saúde da população e determinantes da despesa.

Por seu lado, o modelo de incentivos aos **profissionais** compreende apenas a utilização de determinados incentivos ao nível de profissionais das USFs do modelo B, designadamente suplementos decorrentes do(a): (1) aumento das unidades ponderadas da lista de cada profissional (e.g. aumento do número de utentes adstritos a um médico de família); (2) realização de cuidados domiciliários; e (3) alargamento do período de funcionamento ou de cobertura assistencial da unidade (no caso dos enfermeiros e administrativos apenas se considera os suplementos 1 e 3). Posteriormente, de forma cumulativa, todos os profissionais podem ter direito, face ao cumprimento dos objectivos da instituição na consecução de processos de vigilância de utentes específicos (e.g. grávidas, hipertensos), ao pagamento de um bónus anual de **desempenho**. No caso dos profissionais das restantes unidades de cuidados primários, verifica-se um menor número de suplementos e não há lugar ao pagamento de incentivos aos profissionais em função dos resultados da instituição.

Tabela 10. Modelos de incentivos da instituição e dos profissionais dos cuidados primários em contexto de integração e de não integração vertical de cuidados de saúde.

Tipo de Estruturas	Modelo de Incentivos da <i>Instituição sem integração de cuidados</i>	Modelo de Incentivos da <i>Instituição com integração de cuidados (ULS)</i>	Modelo de Incentivos dos <i>Profissionais (com e sem integração de cuidados)</i>
ACES (UCSP, UCC e outras unidades que não USFs)	<p><u>Contrato-Programa (CP):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alocação de incentivos em função do respectivo Índice de Necessidades em Saúde (INS). Contratualização entre as ARS e os ACES sobre sua responsabilidade, de acordo com uma dotação orçamental finita. ▪ Composto por 20 indicadores, 14 dos quais de nível nacional (peso de 60%, com indicadores de acesso, desempenho assistencial, satisfação do utente e de eficiência. Todos os indicadores, com excepção da dimensão de satisfação do utente, centram-se nos processos), 4 de nível regional e 2 local. 	<p><u>Contrato-Programa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento capitativo global para a ULS (englobando cuidados primários e hospitalares); ▪ Utilização de variáveis diversas, agrupadas em 2 factores, de acordo com <u>coeficientes obtidos por métodos de regressão linear múltipla</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estado de Saúde</u> (EstSau): variáveis associadas ao estado de saúde (taxa de mortalidade geral padronizada); ▪ <u>Determinantes da despesa</u> (DetDesp): variáveis demográficas (proporção de população residente feminina e índice de dependência total) e socioeconómicas (população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória); ▪ Fórmula global de capita = $0,6 * \text{EstSau} + 0,4 * \text{DetDesp}$ ▪ Em adição, considera-se a existência de fluxos de doentes, a existência de incentivos /penalizações decorrentes de indicadores de qualidade e eficiência e a manutenção de níveis adequados de produção hospitalar (até 10% do valor global do CP). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos: 1. <u>remuneração base</u> (remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais; e, caso existente, 2. suplementos associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial. ▪ Enfermeiros: 1. <u>remuneração base</u> corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo. 2) <u>suplementos</u>, caso existentes, associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial. ▪ Administrativos: Igual a enfermeiros.
USF mod. A	<p><u>Contrato-Programa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alocação de incentivos em função do respectivo Índice de Necessidades em Saúde (INS). Contratualização entre as ARS e as USFs sobre sua responsabilidade, de acordo com uma dotação orçamental finita. ▪ Composto por 15 indicadores (4 indicadores de acesso, 8 de desempenho assistencial, 1 de satisfação do utente – qualidade percebida - e 2 de eficiência. Todos os indicadores, com excepção da dimensão de satisfação do utente, centram-se ao nível dos processos. ▪ Às USF modelo B são atribuídos os incentivos institucionais de acordo com princípios das USF modelo A. 		
USF mod. B			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais recebem, cumultativamente: 1) um salário base (de acordo com a carreira, horário de trabalho e regime de exclusividade), 2) suplementos e 3) incentivos ao desempenho; ▪ Médicos: <u>Os suplementos</u> considerados resultam do(a): (1) aumento das unidades ponderadas; (2) realização de cuidados domiciliários; (3) alargamento do período de funcionamento ou de cobertura assistencial. Acresce ainda um suplemento remuneratório para o coordenador da USF e para o orientador de formação do internato. Os enfermeiros e administrativos apresentam os incentivos (1) e (3); ▪ 3. <u>Compensação de desempenho:</u> A atribuição de incentivos financeiros para <u>todos</u> os colaboradores depende da concretização de metas contratualizadas referentes a actividades de vigilância de utentes específicos. Os incentivos atribuídos aos médicos não apresentam um tecto máximo, enquanto o valor máximo anual dos incentivos a distribuir por enfermeiro é de 3.600€, e por assistente administrativo, de 1.150€.

Fonte: Tabela de elaboração própria, a partir de (ACSS 2012c), ACSS (2012b), ACSS (2010).

Não procurando entrar em juízos de valor face à custo-efectividade das USFs do modelo B - até porque não há evidência empírica sustentada que o permita fazer - importa evidenciar a existência de manifesta disparidade no modelo de incentivos associado aos profissionais das mesmas categorias profissionais alocados em diferentes unidades (UCSPs, USFs modelo A e modelo B). No contexto de integração vertical, a potencial existência de três tipos de unidades, com responsabilidades similares e modelos de incentivos aos profissionais distintos, coloca um ónus acrescido ao nível da gestão de recursos humanos. Assim, os actuais modelos de incentivos dos profissionais podem funcionar como uma barreira entre os diferentes prestadores e à própria integração de cuidados, contribuindo para a manutenção ou, inclusivamente, o agravamento da fragmentação de cuidados pré-existente.

Os incentivos institucionais, assentes num modelo de financiamento capitativo ajustado pelo risco, não se encontram alinhados com os diferentes modelos de incentivos dos profissionais. A título ilustrativo, considere-se o sistema básico de pontuação considerado ao nível da ponderação da lista de utentes de cada profissional das USF (o número de utentes entre 0-6/65-74/>75 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5/2/2,5), que na prática corresponde a um modelo de ajustamento pelo risco, baseado na idade do utente. Este modelo -carente de justificação técnica - encontra-se desalinhado com as variáveis consideradas no financiamento capitativo da ULS, enquanto factores explicativos das necessidades de cuidados de saúde (e por conseguinte despesa em saúde). No entanto, como aspecto positivo, apresenta como vantagem uma clara tentativa de aproximação a critérios capitativos de financiamento, i.e. um alinhamento entre o modelo de incentivo da instituição e respectivos profissionais.

4.4.2.6.2. Cuidados Hospitalares:

Os modelos de incentivos das **instituições** hospitalares - incluídas ou não em contexto de integração vertical - têm sido alvo de sucessivas alterações e reajustes ao longo dos anos. Por seu lado, em clara oposição com o referido, verifica-se uma elevada estaticidade do modelo de incentivos associados aos **profissionais**, caracterizados por uma elevada preponderância do salário enquanto unidade de pagamento base. Posteriormente, conforme se ilustra na Tabela 11, em função de linhas assistenciais (e.g. urgência) ou programas específicos (e.g. programa SIGIC ou programa de transplantes), há lugar ao pagamento de suplementos, compostos por unidades de pagamento baseadas na produção (i.e. número de actos realizados) ou compensação por tempo (e.g. horas extra).

Uma excepção ao disposto anteriormente encontra-se consubstanciada na constituição da figura dos CRI. Esta reforma, que visa conceder uma maior autonomia, responsabilidade e capacidade directiva aos órgãos intermédios da instituição de saúde, encerra em si alguns dos principais objectivos e mais-valias inerentes a um modelo de incentivos dos profissionais. A título ilustrativo, no CRI de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar de Coimbra - o exemplo comumente referido como um caso de excelência - a aplicação de incentivos é de carácter individual (70% com base em indicadores de assiduidade e pontualidade, capacidade técnica, disponibilidade e relações interpessoais), mas também em função do desempenho da equipa (30%, distribuídos proporcionalmente - em função do salário base - pelos profissionais do CRI) (Bronze e Antunes, 2007). No entanto, a proliferação de iniciativas similares, i.e. a formação de CRI em determinados serviços e/ou departamentos dos hospitais pode contribuir para a fragmentação dos cuidados (por via do tratamento diferencial de profissionais) e, não menos importante, a atomização da dotação orçamental da unidade. Neste sentido, deverá equacionar-se a adopção de um modelo de incentivos de visão holística e integrada, que vise minimizar o *gap* entre diferentes tipos de cuidados e potenciar a abrangência de todos - e não apenas uma minoria - os profissionais da instituição.

Tabela 11. Principal unidade de pagamento considerada ao nível dos incentivos da instituição hospitalar – em unidades com e sem integração de cuidados - e dos respectivos profissionais

Tipo de Unidade / Linha assistencial	Modelo de Incentivos da <u>Instituição sem integração de cuidados</u>	Modelo de Incentivos da <u>Instituição com integração de cuidados (ULS)</u>	Modelo de Incentivos dos <u>Profissionais (com e sem integração)</u>
Hospital SPA, EPE (incluindo em regime de PPP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento com base na produção realizada. ▪ Pagamento adicional, por acto, de actividades ou programas específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por capitação, conforme descrito na Tabela 10. Modelos de incentivos da instituição e dos profissionais dos cuidados primários em contexto de integração e de não integração vertical de cuidados de saúde, relativa aos cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por salário base e suplementos, caso existentes, designadamente horas extraordinárias ou períodos de prevenção. ▪ Paralelamente, verificou-se a experiência de atribuição de responsabilidade e autonomia (técnica e financeira) a níveis intermédios de gestão (e.g. centros de responsabilidade intermédia), com a criação de modelos de incentivos próprios, baseados no salário e incentivos por desempenho.
Internamento / Cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por episódio (i.e. conjunto de actos) 		
Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto 		
Hospital de Dia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto, com excepção do pagamento compreensivo da área de Hemodiálise. 		
Urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto, em função da tipologia de serviço de urgência. 		
Cirurgia (SIGIC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto.
Programas específicos (e.g. transplantes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por acto.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de (ACSS 2012c), ACSS (2012b).

2.4.2.6.3. Cuidados Continuados:

O modelo de incentivos das **instituições** de cuidados continuados assenta numa lógica de pagamento por diária de internamento. A mais recente portaria emitida – n.º 220/2011. DR n.º 106, Série I de 2011-06-01 - apenas actualiza as verbas financeiras adstritas ao pagamento da diária de internamento para cada uma das quatro tipologias de cuidados continuados de internamento.

Os incentivos perversos imputáveis a esta unidade de pagamento, como o prolongamento indevido do internamento de utentes financeiramente mais “rentáveis” ou a prestação de cuidados de saúde de qualidade inferior, devem ser obviados com a maior brevidade possível. Neste ponto, importa apontar as experiências piloto desenvolvidas em torno da definição de um conjunto de indicadores – de processo e resultado, devidamente ajustados pelo risco – englobando as dimensões da qualidade, acessibilidade e eficiência. Estas experiências devem consubstanciar a base de um futuro modelo de incentivo com base no desempenho. No caso específico da integração vertical de cuidados, poderá optar-se por conceder as verbas financeiras às ULS (por via da sua integração no valor de capita), concendendo-lhe uma total autonomia para uma posterior negociação com diferentes prestadores.

As unidades de cuidados continuados são constituídas, na sua maioria (>90%), por entidades de natureza social ou privada. Por conseguinte, o estabelecimento de vínculos laborais e modelos de incentivos obedece, em exclusivo, ao observado no direito privado. Nas restantes unidades, integradas por exemplo numa ULS, verifica-se, regra geral, o mesmo modelo de incentivos em vigor para as unidades hospitalares (ver Tabela 11). Esta situação decorre até da própria localização física da unidade de cuidados continuados, comumente em regime de partilha de recursos – técnicos e humanos – com a unidade hospitalar onde se situa.

O modelo de incentivos aos **profissionais** compreende o pagamento de um salário (em função da disponibilidade temporal do efectivo – em regime de RTE) e, caso exista essa necessidade, de suplementos sob a forma de horas extraordinárias (ver Tabela 12). Este modelo, assente no salário,

não oferece incentivos – à semelhança do modelo em vigor para a instituição - no sentido da melhoria do desempenho dos cuidados prestados e criação de valor, seja pelo aumento da qualidade assistencial ou dos níveis de eficiência. Assim, deverá considerar-se a revisão do modelo de incentivos ao nível da instituição e do próprio profissional, garantindo a transposição do fluxo de incentivos para o interior da organização.

Tabela 12. Principal unidade de pagamento considerada ao nível dos incentivos de unidades de cuidados continuados – com e sem integração de cuidados - e dos respectivos profissionais

Tipo de Unidade	Modelo de Incentivos da Instituição sem integração de cuidados	Modelo de Incentivos da Instituição com integração de cuidados (ULS)	Modelo de Incentivos dos Profissionais (com e sem integração)
Unidade de Cuidados Continuados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por diária de internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pagamento por diária de internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais: 1. <u>remuneração base</u> (remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho e de dedicação); e, caso existente, 2. <u>suplementos</u> associados ao aumento da cobertura assistencial para lá do normal horário de trabalho (e.g. horas extraordinárias).

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Em síntese, independentemente do nível de cuidados considerado ou da categoria profissional em análise, os modelos de incentivos institucionais da ULS e dos profissionais encontram-se desalinhados entre si.

Ao nível do modelo de incentivo institucional das ULS, e indispensável conceber a reformulação dos indicadores previstos, dado encontrarem-se desajustados da realidade, transmitindo a ideia (errada) de separação dos objectivos em função da tipologia de unidades (cuidados de saúde primários e hospitalares). A título de exemplo deverá considerar-se a utilização de indicadores de resultado (e não apenas de processos) na gestão integrada da doença crónica (e.g. % de utentes diabéticos com os níveis de glucose controlados).

De facto, só quando os indicadores se encontrarem alinhados com a desejada integração de cuidados, se deverá, de forma gradual e de acordo com um plano de implementação pré-estabelecido, reforçar a componentes de incentivos/penalizações da própria instituição e, concomitantemente, dos respectivos profissionais. É precisamente este o objectivo chave do modelo de incentivos a propor, i.e. potenciar a criação de valor mediante o alinhamento dos interesses específicos da instituição e dos respectivos profissionais, respeitando a idiossincrasia organizacional da ULS e a probabilidade de sucesso de implementação do modelo de incentivos a profissionais.

V. RESULTADOS

A presente secção visa, num primeiro momento, e finda que está a revisão de literatura, apresentar o modelo base de incentivo a profissionais, detalhando sobre a sua estrutura e organização.

Posteriormente, numa segunda fase, procede-se à apresentação de duas tarefas lógicas sequenciais, a saber a: (1) descrição da situação actual da ULSBA de incentivos de profissionais com a concretização de um estudo **retrospectivo**; e (2) a aplicação **prospectiva** do modelo base proposto à realidade da ULSBA, previamente detalhada em (1).

5.1. Construção do modelo base

5.1.1. Estrutura e organização

De seguida apresenta-se o modelo base inerente ao modelo de incentivo de profissionais, detalhando sobre a sua estrutura (macro e micro), organização e parâmetros chave considerados. Como linha orientadora salienta-se que a estrutura do modelo assentou nas dez características sumarizadas na Tabela 6 da secção 4.3.2.1.

5.1.1.1. Estrutura macro e dimensões de análise

A ULSBA, à semelhança das restantes organizações de saúde nacionais, apresenta um crescente nível de constrangimento financeiro. Neste sentido, o modelo de incentivos representa uma oportunidade de desenvolvimento mas, simultaneamente, um risco financeiro. Para tal, a definição do modelo de incentivos considera a necessidade de um impacto neutro ou positivo na dimensão **eficiência** em diferentes horizontes temporais (período de transição, no curto prazo, e posteriormente no médio e longo prazo). No entanto, o principal *driver* de mudança reside na necessidade de melhorar os indicadores de **qualidade assistencial**, contrariando os custos inerentes à não qualidade no domínio da prestação de cuidados de saúde. Na perspectiva do presente modelo, a dimensão qualidade compreende a efectividade clínica dos cuidados prestados.

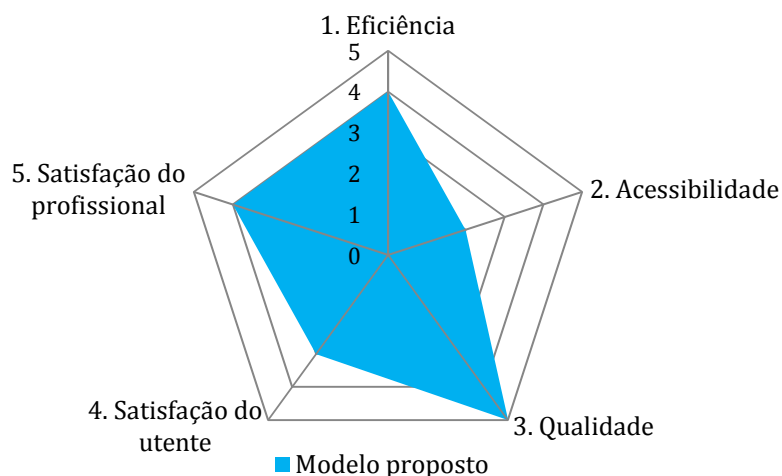
A individualização da dimensão **acessibilidade**, por vezes enquadrada no âmbito da dimensão qualidade, deriva da necessidade de “combater” um potencial ponto fraco do financiamento capitativo das ULS, isto é, a tendência para a subutilização e sobrerreferenciação de cuidados. A par de análises de *benchmark* relativas à produtividade dos profissionais (antes e depois da implementação do modelo), o impacto nesta dimensão permite aferir se o aumento de eficiência e ou qualidade foi conseguido “à custa” da redução do número de actos praticados (i.e. menor produtividade por profissional), com a consequente perda de acessibilidade dos utentes. Assim, a análise desta dimensão - embora não prioritária- permite avaliar a existência de potenciais desvios resultantes da introdução do modelo de incentivos. No entanto, a redução dos níveis de produtividade dos profissionais pode derivar da mudança de paradigma de prestação, em prol da prática de actos de maior custo-efectividade (e.g. aumento do número de actos preventivos e redução de actos curativos). Esta situação foi devidamente considerada na estrutura do modelo, sob pena de se desvirtuar o modelo de integração de cuidados mediante a aplicação de incentivos negativos a profissionais com evidência indevida de reduzidos níveis de produtividade.

Posteriormente, com vista a garantir a probabilidade de sucesso na implementação do modelo, é essencial proceder a uma estimativa do impacto decorrente ao nível de **satisfação do profissional**. Esta dimensão, não incluída ao nível da componente de remuneração financeira, deverá servir de barómetro do estado do modelo, sendo que um impacto negativo nesta dimensão deve dar origem a medidas correctivas no modelo, sob pena de se comprometer a sua implementação efectiva.

Apesar de comumente ignorada, como prova a quase total ausência de incentivos financeiros institucionais, a **satisfação do utente** compreende a quinta dimensão considerada no modelo de incentivos. A satisfação do utente decorre sobretudo da qualidade percebida por parte do utente (por vezes, não alinhada com a qualidade clínica dos cuidados prestados) (Ogrod, 1997).

Face ao exposto considerou-se, conforme ilustrado na Figura 10, a seguinte distribuição relativa da importância por dimensão de análise: (1) foco primordial na dimensão qualidade e, ainda que em menor escala, nos níveis de eficiência e satisfação profissional; e (2) ênfase secundária nas dimensões de satisfação do utente e acessibilidade. A presente distribuição decorreu da convergência dos objectivos pretendidos ao nível dos cuidados primários, hospitalares e da ULS enquanto entidade única ao longo do processo produtivo.

Figura 10. Diagrama de radar com o impacto pretendido com a implementação do modelo de incentivos.



Fonte: Figura de elaboração própria.

5.1.1.2. Arquitectura dos fluxos de incentivos

Os fluxos de incentivos são definidos mediante acordo entre a ULSBA e o profissional e/ou grupos de profissionais abrangidos pelo modelo de incentivos. A ULSBA não apresenta dependência directa do seu financiador nesta matéria, detendo autonomia na definição e posterior implementação (incluindo a componente financeira adstrita) do modelo de incentivos.

A arquitectura do fluxo de incentivos contempla um **regime de cascata até ao nível individual**, i.e. cada profissional da ULSBA. O racional inerente à lógica distributiva por profissional compreende diversas contingências e opções estratégicas. Estas, por vezes, encontram-se inclusivamente desprovidas de justificação técnica. De facto, a estimativa da contribuição individual de cada profissional num contexto de trabalho em equipa multidisciplinar, em diferentes unidades físicas, consubstancia uma tarefa delicada na construção do modelo.

A título ilustrativo, considere-se um utente crónico diabético. No contexto de integração vertical na ULSBA, este utente deverá ser acompanhado pelos cuidados primários e, ainda que com menor periodicidade de contactos, profissionais dos cuidados hospitalares (e.g. especialidades de Endocrinologia, Oftalmologia, entre outras). Assim, em particular ao nível dos indicadores de resultado, o cerne da questão prende-se em destrinçar o contributo individual de cada profissional para a obtenção do resultado final por parte da equipa responsável pela prestação dos cuidados de saúde. A definição da distribuição dos incentivos em função unicamente do número de contactos e/ou duração dos mesmos, como sucede em alguns dos modelos previamente analisados, compreende uma desigualdade óbvia entre os diferentes níveis de cuidados em favor dos cuidados primários de saúde. Apesar do carácter mais esparsos dos contactos do utente com os cuidados

secundários, estes devem ser também valorizados sob pena de se comprometer a integração de cuidados de saúde.

Como se compreende, face a contingências decorrentes por um lado da limitação/inexistência de informação robusta e acessível e, por outro, da complexidade inerente a esta abordagem, o supracitado nem sempre é exequível. Assim, no cálculo de diversos indicadores, o modelo proposto considera que a estimativa da contribuição individual decorre simultaneamente da ponderação: (1) do tempo equivalente alocado por recurso (recurso RTE, estimado a partir do número e da respectiva duração temporal dos diferentes tipos de contactos por profissional); e (2) do nível de salário base bruto alocado a cada tipo de profissional.

Para contrapor esta importante limitação (discutida em maior detalhe na secção VI. Discussão) o modelo permite acomodar, caso seja a decisão dos responsáveis da instituição, a existência de liberdade de actuação das chefias intermédias para a distribuição competitiva de uma percentagem minoritária (e.g. 10 a 20% dos incentivos financeiros) em função da sua percepção da contribuição individual dos diversos colaboradores.

5.1.1.3. Unidade(s) de pagamento

O modelo de incentivos deverá visar um superior (re)alinhamento dos interesses da instituição com os dos profissionais. Neste contexto, a unidade de pagamento, pela sua importância estratégica, foi analisada em função da evolução temporal do modelo (curto, médio e longo prazo) e o tipo de unidade envolvida (ULS, cuidados primários e hospitalares). O referido não significa, que se ignore a perspectiva holística de integração vertical de cuidados.

Conforme referido na secção IV. Enquadramento teórico, a unidade de pagamento do modelo de incentivos **institucionais** da ULSBA baseia-se, exceptuando programas e/ou linhas específicas de actividade, no pagamento de um valor de capita único para a prestação global de cuidados de saúde. Da revisão de literatura realizada, verifica-se ainda uma crescente proporção de esquemas de incentivos a **profissionais** em cuidados primários baseados numa componente capitativa. Inclusivamente, em Portugal, as USFs modelo B apresentam um suplemento financeiro específico adicional de índole capicional (face ao salário base) adstrito ao volume da lista de utentes – ajustado por risco (ainda que de forma incipiente e sem justificação técnica).

Independentemente do período temporal em questão, o presente modelo consubstancia a **manutenção do salário como componente base chave**, incorporando progressivamente um modelo de **incentivo baseado no desempenho**. A inclusão de indicadores de produtividade foi considerada a título de *benchmark* interno, como incentivo negativo face a evidentes declínios de produtividade de um profissional ou grupo de profissional (i.e. detecção de padrões de falta de produtividade). Esta situação visa contrapor os problemas comumente associados à unidade de pagamento com base num salário adstrito à disponibilidade temporal do recurso (Stowell, 2012). Por fim, incluiu-se a unidade de pagamento por acto com vista a fomentar uma maior utilização de determinadas tarefas, em particular, processos operacionais de custo-efectividade contrastada.

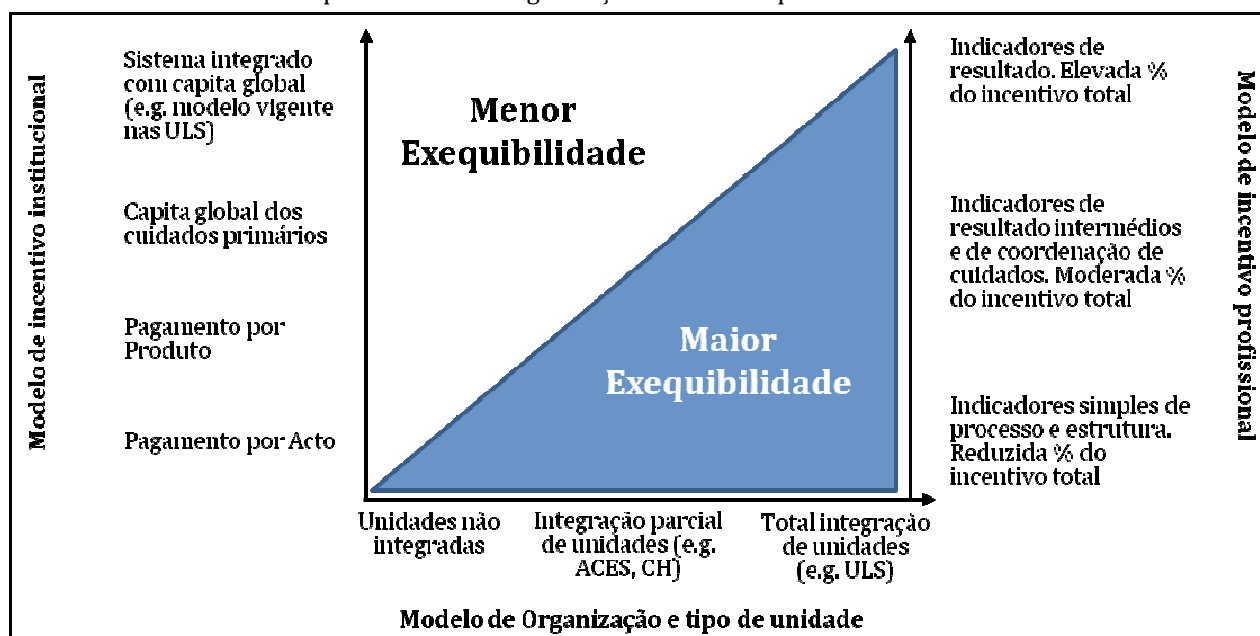
5.1.1.4. Indicadores

O modelo de incentivo aos profissionais considera a reformulação de diversos indicadores de qualidade e eficiência previstos no modelo de financiamento da instituição (i.e. da ULS), dado encontrarem-se desajustados da realidade das ULS, transmitindo a ideia (errada) de total separação dos objectivos em função da tipologia de unidades (cuidados de saúde primários e hospitalares). De facto, apenas quando os indicadores se encontrarem alinhados com a desejada integração de

cuidados, se deverá, de forma gradual e de acordo com um plano de transição pré-estabelecido, reforçar a componentes de incentivos/penalizações do modelo.

A utilização de indicadores de resultado é, conforme expresso na Figura 11, o cenário ideal no contexto de integração de unidades remuneradas por um valor de capita global. No entanto, para garantir a exequibilidade técnica do modelo, visto que os indicadores de resultados devem ser ajustados pelo risco, poderá incluir-se indicadores de processo e, em menor escala, de estrutura.

Figura 11. Níveis de exequibilidade do modelo de incentivos de profissionais, em função do modelo de incentivo institucional e o tipo e modelo de organização da unidade prestadora de cuidados.



Fonte: Figura de elaboração própria, a partir de American Medical Association (2012).

Como princípio basilar, optou-se pela **escolha de indicadores contemplados no próprio modelo de financiamento das ULS**, bem como indicadores passíveis de registar a evolução dos níveis de integração de cuidados a diferentes níveis, em particular a integração clínica e de informação.

Na Tabela 13 apresenta-se o resumo da informação chave relativa ao conjunto de indicadores base considerados. Dos **44 indicadores** considerados, **28 (63,6%)** são indicadores de processo e **14 (31,8%)** de resultado. Relativamente às dimensões em análise, verifica-se uma predominância ao nível da dimensão **eficiência e qualidade**, totalizando 35 indicadores (i.e. 79,5% do total).

Tabela 13. Número de indicadores do modelo de incentivo de profissionais e distribuição por tipo de dimensão

Número de indicadores	Dimensão e (número dos indicadores por dimensão)
44 indicadores: <ul style="list-style-type: none"> 2 de estrutura; 28 de processo; 14 de resultado; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficiência (17); ▪ Acessibilidade (5); ▪ Qualidade (18); ▪ Satisfação do utente (2); ▪ Satisfação do profissional (2).

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Dos 44 indicadores considerados, 14 (31,8%) apresentam como destinatário a **ULS**, ou seja, a articulação entre os cuidados primários e hospitalares. Dos remanescentes 30 indicadores, 17 encontram-se adstritos aos cuidados **primários**, consubstanciando um reforço financeiro da aposta neste tipo de cuidados. Os remanescentes 13 indicadores considerados ao nível dos cuidados **hospitalares** concentram-se sobretudo ao nível da dimensão eficiência, procurando potenciar a alocação custo-efectiva de recursos.

No que respeita ao âmbito de **abrangência**, os indicadores apresentados abarcam preferencialmente os diversos tipos de **profissionais prestadores** (com excepção do indicador número 17), comportando incentivos individuais e/ou de grupo. No Anexo VII encontra-se a caracterização sumária dos indicadores considerados no modelo. Pela análise da última coluna da tabela presente no Anexo VII verifica-se que 21 dos 44 indicadores considerados (i.e. 48% do total) também estão presentes no financiamento da instituição, ou seja, ao nível do Contrato-Programa da ULSBA.

Para efeitos de sumário da presente secção, remete-se a respectiva descrição detalhada dos pressupostos por indicador para a o Anexo VIII. Em adição, a título de exemplo, no Anexo IX, apresenta-se uma ficha técnica tipo, contendo a informação disposta na secção 3.2. Construção do modelo base.

5.1.1.5. Mecanismos de incentivo

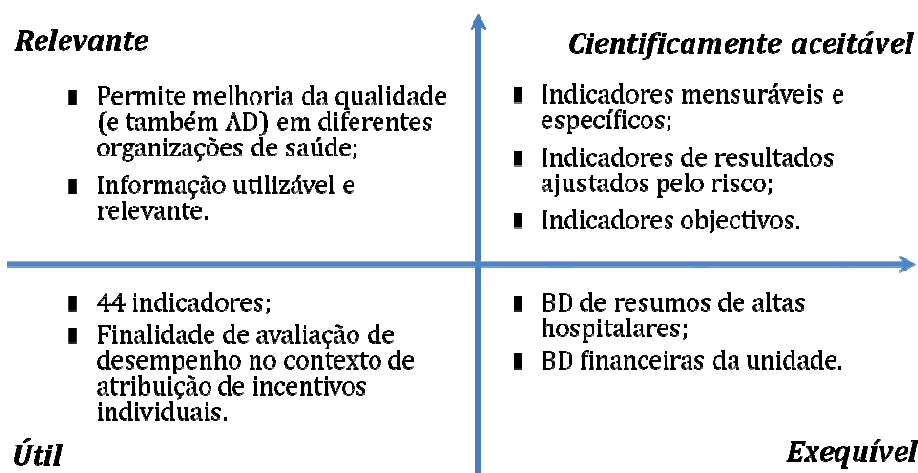
Os mecanismos de incentivo corporizados no modelo proposto consubstanciam, como regra geral, a utilização de incentivos **não competitivos**. No entanto, considerou-se a inclusão pontual de mecanismos de distribuição competitivos. A título de exemplo, no indicador número sete (ver Anexo VIII), relativo à percentagem de urgências categorizadas como não urgentes por área de residência do utente, considerou-se para além do mecanismo não competitivo de base, uma distribuição competitiva de 10% das verbas financeiras pelos médicos pertencentes ao percentil 75.

O modelo proposto compreende a utilização mista de mecanismos de incentivo baseados em resultados nominais e/ou melhoria nos resultados. Apesar da inclusão preferencial de mecanismos baseados em **resultados nominais**, considerou-se, para indicadores com valores de base com elevada variação, a utilização complementar de mecanismos de incentivos baseados na melhoria.

5.1.1.6. Avaliação do modelo e respectivos indicadores

O modelo de incentivos foi concebido em função de diversas características, designadamente a: (1) sua relevância; (2) utilidade; (3) aceitação científica; e (4) exequibilidade. A estrutura do presente modelo proposto foi concebida de forma a dar uma resposta capaz a estes quatro eixos de análise, conforme ilustrado na Figura 12.

Figura 12. Matriz de avaliação do modelo de incentivo proposto.



Fonte: Figura de elaboração própria.

Não obstante a adequação da estrutura do modelo apresentado, a sua transposição imediata para toda e qualquer organização de saúde, designadamente a ULSBA, é inexecutável e carece de reformulações obrigatórias para (re)adaptar o modelo às especificidades intrínsecas de cada instituição de saúde.

5.1.2. Plano de Implementação

A alteração do modelo de incentivos a profissionais de uma organização é – *per si* – complexa, repleta de potenciais barreiras (individuais e de grupo) à sua implementação. Assim, organizações que pretendam promover um novo modelo de incentivo aos profissionais devem contemplar um detalhado plano de implementação, assegurando a definição de um criterioso **cenário de transição** e a identificação dos **factores críticos de sucesso**.

No que respeita ao plano de implementação, deverá contemplar-se uma evolução a curto prazo (2 anos) e médio/longo prazo (5 anos), como período temporal mínimo para acomodar devidamente uma reforma que afecta transversalmente todas as categorias profissionais da ULSBA.

5.1.2.1. Cenário de curto prazo (transição)

O cenário de *curto prazo*, ou transição, consubstancia os primeiros dois anos de implementação do modelo – ano 0 e ano 1 (para maior detalhe ver Figura 13).

No que respeita aos cuidados primários e hospitalares, o modelo de incentivos deverá, conforme ilustrado na Figura 13, considerar a manutenção do salário como unidade de pagamento base e os suplementos actualmente em vigor (considerando-se a homogeneização dos incentivos entre as USFs do modelo B e restantes unidades de cuidados primários). No ano 0 deverá considerar-se a introdução – ainda que em regime *pro forma* e indicativo para o profissional – de um modelo de pagamento baseado no desempenho e, posteriormente, no ano seguinte (ano 1) a sua operacionalização, considerando um impacto financeiro médio **não superior a 5%** do nível de remuneração por categoria profissional.

Figura 13. Unidades de pagamento consideradas no ano 0 e ano 1 ao nível da ULS e respectivas unidades constituintes de cuidados primários e hospitalares.

Unidade Local de Saúde (ano 0 e 1)			
<p>▪ I. Desempenho: Presença de indicadores globais relativos à actividade da ULS, enquanto uma unidade prestadora de cuidados de saúde unívoca. Indicadores relativos à dimensão eficiência (e.g. articulação de cuidados, referenciação de utentes) e qualidade dos cuidados prestados são incluídos. No ano 0 considera-se a calibração do modelo (i.e. efeito <i>pro forma</i>) e no ano 1 a sua aplicação com reduzido impacto (equivalente a 5% do valor médio total do financiamento do profissional).</p>			
Cuidados Primários		Cuidados Hospitalares	
Ano 0	Ano 1	Ano 0	Ano 1
<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos em vigor;</p> <p>▪ III. Desempenho: Implementação – <i>pro forma</i> - de um modelo de pagamento por desempenho.</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Homogeneização dos suplementos em vigor</p> <p>▪ III. Desempenho: Implementação, com impacto reduzido (média de 5% do nível de financiamento por profissional) de um modelo de pagamento por desempenho.</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos em vigor;</p> <p>▪ III. Desempenho: Implementação – <i>pro forma</i> - de um modelo de pagamento por desempenho.</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos em vigor;</p> <p>▪ III. Desempenho: Implementação, com impacto reduzido (média de 5% do nível de financiamento por profissional) de um modelo de pagamento por desempenho.</p>

Fonte: Figura de elaboração própria.

5.1.2.2. Cenário de médio / longo prazo

Posteriormente, no que respeita ao período de médio/longo prazo (anos 2,3 e 4), considerou-se, como princípio genérico, um reforço progressivo da componente de desempenho, com um valor acrescido de 5% para os profissionais de cuidados primários (ver Figura 14).

A não consideração de uma componente de financiamento capitativo como unidade de pagamento base, em particular ao nível dos **cuidados primários** decorre de: (1) previsíveis contingências legais

e sindicais decorrentes da potencial migração de um sistema de incentivo baseado no salário para um modelo baseado num valor capitolacional, com maior risco financeiro adstrito ao colaborador; e (2) da própria opção estratégica de reforço da actividade de cuidados primários, visando a maximização – sob critérios de custo-efectividade – da acessibilidade dos utentes a cuidados primários.

O modelo de incentivo aos profissionais consubstancia uma aposta nos cuidados primários – face aos cuidados hospitalares – procurando a inclusão de indicadores de acessibilidade e, caso necessário, em função de eventual falta de recursos, equacionar-se a inclusão de indicadores de produtividade para os médicos. A adição de suplementos diferenciados para unidades de cuidados primários deve ser abandonada (e.g. USF modelo B) aquando da introdução do modelo de pagamento por desempenho, visando a homegeneização e equidade horizontal entre profissionais.

Ao nível dos **cuidados hospitalares**, responsáveis por mais de metade da despesa da ULSBA, poderia considerar-se – conforme referido por Harvard Business School (1999) - a potencial vantagem de pagamento dos profissionais com base em valores de capita, visando uma superior partilha do risco financeiro. No entanto, face ao actual contexto de insuficiente informação financeira (i.e. ausência de custeio por utente) e um pagamento histórico convencional baseado no salário, esta abordagem não seria (1) exequível e (2) aceitável.

Figura 14. Unidades de pagamento consideradas no ano 2 e 4 ao nível da ULS e respectivas unidades constituintes de cuidados primários e hospitalares.

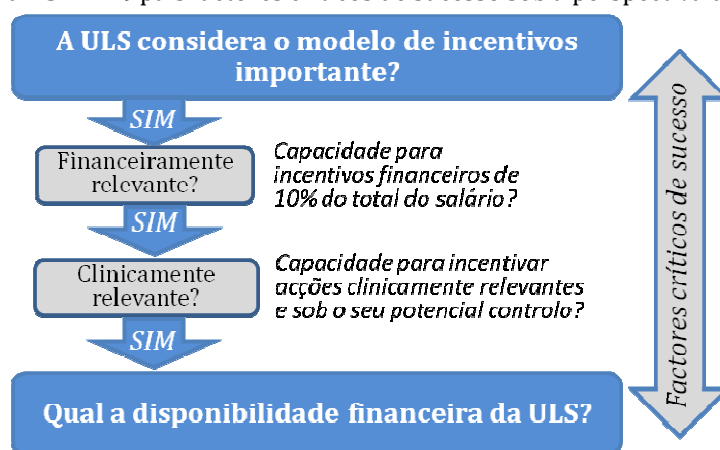
Unidade Local de Saúde (ano 2 a 4)			
<p>▪ I. Desempenho: Presença de indicadores globais relativos à actividade da ULS, enquanto uma unidade prestadora de cuidados de saúde unívoca. Reforço acrescido dos indicadores relativos à avaliação da integração de cuidados, designadamente continuidade de cuidados, práticas de referenciação de utentes e a integração da informação.</p>			
Cuidados Primários		Cuidados Hospitalares	
Ano 2	Anos 3 e 4	Ano 2	Anos 3 e 4
<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos anteriores;</p> <p>▪ III. Desempenho: Aumento progressivo do impacto financeiro do modelo para o profissional (média de 15% do nível de financiamento por profissional).</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos anteriores;</p> <p>▪ III. Desempenho: Reforço no ano 3 até uma média potencial de 20% do nível de financiamento por profissional. Revisão do modelo, procurando uma maior competitividade.</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos anteriores;</p> <p>▪ III. Desempenho: Aumento progressivo do impacto financeiro do modelo para o profissional (média de 10% do nível de financiamento por profissional).</p>	<p>▪ I. Salário: Manutenção do cenário em vigor;</p> <p>▪ II. Suplementos: Manutenção dos suplementos em vigor;</p> <p>▪ III. Desempenho: Reforço no ano 3 até uma média potencial de 15% do nível de financiamento por profissional. Revisão do modelo, procurando uma maior competitividade.</p>

Fonte: Figura de elaboração própria.

5.1.3. Factores críticos de sucesso e análise SWOT

O sucesso da prestação de cuidados de saúde em contexto de financiamento capitolativo resulta do complexo balanço entre a utilização de recursos (i.e. custos) num contexto fixo de proveitos (sobretudo decorrente pelo número de utentes da AI e não determinados pela produção realizada).

A exequibilidade de uma reforma estrutural que altere o nível de rendimento dos profissionais afigura-se particularmente complexa e sujeita a inúmeras barreiras à mudança. Para garantir a exequibilidade e implementação sustentada do modelo é essencial compreender os principais **factores críticos de sucesso** descritos de seguida e ilustrados sumariamente na Figura 15.

Figura 15. Principais factores críticos de sucesso sob a perspectiva da ULS.

Fonte: Figura de elaboração própria.

O nível de rendimento dos profissionais não será inferior à situação pré-existente (face ao comparador, ou seja, inexistência de modelo de incentivo), visto que não se colocou ênfase na aplicação de medidas com impacto negativo. Por outro lado, na óptica da instituição e visto que o modelo se baseia em medidas custo-efectivas e alinhadas com o próprio modelo de incentivos da ULS, o risco financeiro assumido é também limitado. Assim, o *rationale* inerente ao modelo de incentivos compreende - no cenário mais pessimista - **neutralidade financeira** na óptica dos profissionais e risco financeiro calculado na perspectiva da ULS. A neutralidade financeira do modelo foi encarada como um factor crítico de sucesso.

Por outro lado, um segundo factor crítico de sucesso prende-se com a **magnitude dos incentivos** a atribuir. A metodologia adoptada, alinhada com a literatura analisada, baseia-se num aumento sustentando da importância financeira dos incentivos até atingirem, em média, um máximo de 15% do salário base bruto anual de cada categoria profissional.

Um terceiro factor de sucesso prende-se com o directo **envolvimento dos profissionais chave**, designadamente da classe médica, desde o início do processo de desenvolvimento e adaptação do modelo à realidade específica da ULS em análise.

Apesar de fundamental, a adequação estrutural do modelo não é - *per se* - suficiente para garantir a sua implementação no terreno. Como qualquer reforma, independentemente da sua natureza, é essencial compreender, por um lado, as variáveis intrínsecas associada ao modelo e, por outro, o contexto específico onde este se insere, ou seja, as variáveis extrínsecas ao modelo e resultantes do ambiente envolvente. Para o efeito, realizou-se uma análise SWOT, conforme ilustrada na Tabela 14.

Tabela 14. Análise SWOT do modelo de incentivo dos profissionais.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplicidade e robustez da estrutura definida do modelo de incentivos proposto, com ampla cobertura dos diferentes tipos de cuidados e tipos de profissionais envolvidos; ▪ Modelo misto, com indicadores de processo e resultado, e diversas dimensões de análise; ▪ Implementação progressiva do modelo de incentivos de acordo com os planos de transição definidos; ▪ Magnitude dos incentivos potencia a probabilidade de alteração dos comportamentos dos profissionais; ▪ Risco financeiro reduzido/nulo na óptica da ULS/profissionais; ▪ Alinhamento dos interesses individuais dos profissionais com os estratégicos da instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencial desincentivo para a prática de determinadas práticas assistenciais pela não atribuição de incentivo para a sua realização; ▪ Elevada presença de indicadores de processo (em detrimento de indicadores de resultado ajustados por risco), em função da disponibilidade da informação; ▪ Incapacidade/dificuldade de capturar devidamente a contribuição individual de cada profissional no contexto de prestação multidisciplinar de cuidados; ▪ Aplicação a profissionais "prestadores", i.e. profissionais envolvidos na prática diária assistencial.

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> Maximização dos proveitos, evitando incentivos negativos previstos no Contrato-Programa da ULS; Reorientação da produção da ULS, com primazia para os cuidados primários e acções custo-efectivas, em particular nos utentes crónicos; Maior adequação dos cuidados prestados pela ULS à população da sua AI, respeitando diversas dimensões de análise; 	<ul style="list-style-type: none"> Contingências legais adstritas à miscelânea de tipologias de contratos de trabalho em vigor na ULS - profissionais em CFP que desejem integrar o modelo de incentivos têm de realizar um CIT; Potencial insatisfação dos profissionais com a implementação do modelo; Constrangimentos da tutela e/ou profissionais chave da ULS à aplicação do modelo de incentivo.

Fonte: Tabela de elaboração própria.

5.2. ULSBA: Estudo Retrospectivo

O estudo retrospectivo visa retratar a situação actual da ULSBA. Em 2010, a ULSBA apresentava 1.750 trabalhadores, com 33% e 67% de efectivos nos cuidados primários e secundários, respectivamente (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2011). Cerca de 59% dos colaboradores apresenta um contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e 37% contrato individual de trabalho (CIT).

Na Tabela 15 encontra-se a distribuição do número de efectivos (em tempo equivalente de 35 horas semanais) incluídos no estudo retrospectivo, num total de 1.256 colaboradores. Assim, em particular nos cuidados primários, verifica-se uma **elevada representatividade** da informação capturada no modelo retrospectivo (1.256 colaboradores de um total de 1.750, ou seja, aproximadamente **72%**).

Tabela 15. Distribuição do número de efectivos (em tempo equivalente) incluídos no estudo retrospectivo, organizados por categoria profissional e tipo de cuidados de saúde prestados.

Número de RH por categoria profissional e tipo de instituição	Cuidados Primários		Cuidados Hospitalares		Total	
	Nº Efectivos	%	Nº Efectivos	%	Nº Efectivos	%
Médico	104,9	17,8%	131,4	19,7%	236,4	18,8%
Enfermeiro	82,4	31,0%	329,0	49,3%	511,5	40,7%
AAM	94,2	16,0%	187,4	28,1%	281,5	22,4%
Administrativo	137,3	23,3%	16,7	2,5%	154,0	12,3%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	-	0,0%	3,1	0,5%	3,1	0,3%
Outro	69,3	11,8%	-	0,0%	69,3	5,5%
TOTAL	588,1		667,7		1.255,8	

5.2.1. Unidade de Pagamento

No que respeita à unidade de pagamento, procedeu-se a uma análise das diversas categorias profissionais segundo diferentes perspectivas, a saber, por ordem decrescente de abrangência: (1) ULS; (2) cuidados primários e hospitalares, de forma individual; e (3) diferentes unidades de cuidados primários e serviços/especialidades ao nível dos cuidados hospitalares. Esta análise multi-nível permite **aferir potenciais assimetrias** no fluxo interno de incentivos ao nível da ULS.

5.2.1.1. ULS:

Inicialmente considera-se a perspectiva holtística da ULSBA. Nesta análise constata-se que a ULSBA apresenta um **modelo de incentivos misto**, coexistindo, em simultâneo, quatro unidades de pagamento, a saber, por ordem decrescente de magnitude: (1) salário; (2) suplementos de diversa índole, com especial relevo para o acréscimo da disponibilidade temporal sob a forma de horas extra ou regime de prevenção; (3) pagamento por acto; e (4) pagamento por desempenho.

Cerca de **85%** dos incentivos individuais distribuídos decorre da **remuneração salarial** resultante da disponibilidade temporal concedida pelos colaboradores à organização. Salienta-se ainda a elevada variação na magnitude absoluta e relativa do salário em função da categoria profissional. De

facto, nos profissionais médicos, que auferem o valor salarial absoluto mais elevado, o salário representa apenas cerca de 71% do seu nível total de rendimentos. Dos remanescentes 29%, cerca de 22,6% provêm de suplementos, 4,0% de pagamentos por acto e 2,5% de pagamento por desempenho (ver Tabela 16).

A segunda unidade de pagamento mais representativa, responsável por cerca de **12,2%** do valor total auferido pelos profissionais, decorre do **pagamento de suplementos**. Este valor, amplamente variável por categoria profissional, decorre – como se destaca em análises micro subsequentes – não apenas do tipo de profissional envolvido mas também da respectiva tipologia de unidade e/ou especialidade ou serviço hospitalar. Os suplementos referidos decorrem essencialmente do aumento da disponibilidade temporal dos colaboradores (sob a forma de horas extra e regime de prevenção) para além do horário base coberto pela componente salarial. Assim, o pagamento de suplementos compreende, à semelhança do salário, uma unidade de *pagamento com base no tempo*.

A modalidade de **pagamento por acto** é apenas responsável por **2,0%** dos custos com pessoal da ULSBA, apresentando apenas expressão ao nível dos profissionais médicos (4,0% do respectivo rendimento total) e, em menor escala, do pessoal de enfermagem (0,7%).

A quarta unidade de pagamento, com menor expressão, compreende a componente de **pagamento com base no desempenho**, responsável por **1,7%** dos custos com pessoal da ULSBA.

Por último, importa salientar que não há lugar ao pagamento de incentivos com base **capitacional**.

Tabela 16. Remuneração das diversas categorias profissionais da ULS de acordo com as diferentes unidades de pagamento (valores médios em euros por profissional).

Unidade de pagamento por categoria profissional	ULS (incentivos médios a nível individual)					Total (euros)
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	
Médico	3.351,88 €	1.067,76 €	191,26 €	117,88 €	- €	4.728,78 €
Enfermeiro	1.350,98 €	43,93 €	9,68 €	22,29 €	- €	1.426,89 €
AAM	582,32 €	28,74 €	0,07 €	- €	- €	611,13 €
Administrativo	944,19 €	46,80 €	0,18 €	34,73 €	- €	1.025,90 €
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	1.370,08 €	- €	- €	- €	- €	1.370,08 €
Outro	1.569,93 €	52,21 €	- €	- €	- €	1.622,15 €
% média individual por recurso da ULS	85,0%	11,5%	1,9%	1,6%	0,0%	

Na perspectiva global da ULS, por oposição à perspectiva individual expressa na Tabela 16, os custos totais por categoria profissional e tipo de incentivo variam em função do número de efectivos adstritos à ULS (ver Tabela 17).

Tabela 17. Remuneração total das diversas categorias profissionais da ULS de acordo com as diferentes unidades de pagamento (valores médios mensais em euros por categoria profissional).

Unidade de pagamento por categoria profissional	ULS (total de incentivos na perspectiva da instituição)					Total (euros)
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	
Médico	792.295,01 €	252.389,24 €	45.209,17 €	27.864,44 €	- €	1.117.758 €
Enfermeiro	690.958,81 €	22.470,50 €	4.949,67 €	11.402,24 €	- €	729.781 €
AAM	163.945,45 €	8.092,16 €	19,91 €	- €	- €	172.058 €
Administrativo	145.386,47 €	7.206,84 €	27,17 €	5.348,33 €	- €	157.969 €
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	4.302,05 €	- €	- €	- €	- €	4.302 €
Outro	108.780,79 €	3.617,77 €	- €	- €	- €	112.399 €
Total	1.905.669 €	293.776 €	50.206 €	44.615 €	- €	2.294.266 €
Total (em %)	83,1%	12,8%	2,2%	1,9%	0,0%	100,0%

5.2.1.2. Tipo de cuidados prestados: cuidados primários e hospitalares

Conforme referido previamente, verifica-se uma elevada preponderância do pagamento **salarial**, representando cerca de **86,7%** e **79,2%** dos custos com pessoal alocado, respectivamente, aos cuidados primários e hospitalares (ver Anexo VI). Por oposição, o pagamento de **suplementos** é mais expressivo ao nível dos cuidados hospitalares (**16,5%** vs **9,7%**), reflexo da actividade assistencial e complexidade intrínseca associada à gestão dos recursos humanos em ambiente hospitalar. Deste modo, as unidades de pagamento baseadas na *disponibilidade temporal* (e não na produção realizada) representam para ambos os tipos de prestadores cerca de 96% dos custos totais com pessoal.

A distribuição dos remanescentes **4%** consubstancia uma importante clivagem entre a realidade dos cuidados primários e hospitalares. De facto, enquanto os cuidados hospitalares compreendem o pagamento de incentivos com base na produção (i.e. pagamento por **acto**), os cuidados primários apresentam incentivos com base no **desempenho** (ver Anexo VI).

5.2.1.3. Tipo de unidade e/ou áreas funcionais/especialidades por tipo de cuidados prestados

No que respeita aos cuidados primários destaca-se a elevada variabilidade das unidades de pagamento em função da tipologia da unidade em análise (ver Anexo VI). Enquanto que nos ACES, a unidade de pagamento **salarial** compreende **89,3%** dos custos individuais, ao nível das USFs, este valor é de apenas **56,3%**. Esta diferença decorre da elevada preponderância da componente de pagamento com base no **desempenho**, responsável pelos remanescentes **43,7%** dos custos individuais ao nível das USFs. Por seu lado, nos ACES, os restantes **10,7%** decorrem de **suplementos** de disponibilidade temporal.

Ao nível dos cuidados hospitalares (ver Anexo VI) destaca-se uma diferenciação em função do tipo de especialidade envolvida (especialidade médica ou cirúrgica) e áreas funcionais específicas (e.g. serviço de urgência ou cuidados intensivos).

As especialidades médicas apresentam, face às cirúrgicas, uma superior preponderância do **salário** enquanto unidade de pagamento nuclear (94,9% vs 77,1%). Por oposição, o pagamento de **suplemento** apresenta uma maior relevância ao nível das especialidades cirúrgicas (12,6% vs 5,1%). Uma terceira componente, apenas presente ao nível das especialidades cirúrgicas, decorre de incentivos baseados no pagamento por **acto**, maioritariamente associados à remuneração da produção cirúrgica realizada no âmbito do programa SIGIC. Por último, refere-se que ao nível dos cuidados hospitalares, ao contrário dos cuidados primários, não há lugar ao pagamento de incentivos com base no **desempenho**.

Por outro lado, individualizou-se a análise da área funcional de urgência e cuidados intensivos que, pela sua especificidade e complexidade intrínseca, apresentam modelos de incentivos próprios. A área funcional da urgência apresenta uma elevada preponderância de pagamento de **suplementos** que decorrem da contratação externa de profissionais médicos. Por seu lado, ao nível da área funcional de cuidados intensivos, há lugar ao pagamento verbas financeiras decorrentes da realização horas extraordinárias e do ressarcimento de actividades de prevenção.

5.3. ULSBA: Estudo prospectivo

Finda a apresentação da estrutura do modelo proposto para o incentivo dos profissionais importa detalhar, por indicador, os *inputs* necessários para o seu cálculo (ver Anexo VIII). Os pressupostos gerais do modelo foram recolhidos maioritariamente durante o estudo retrospectivo. Para além de informação genérica relativa ao volume assistencial e financeira da ULS (e.g. orçamento por rubrica de custo, custo por unidade de produção), colectou-se ainda informação financeira relativa aos incentivos dos diversos profissionais nas diversas unidades da ULS (conforme expresso em 5.2.).

Ao nível dos cuidados hospitalares, optou-se por uma distribuição em função da especialidade médica e cirúrgica para os profissionais médicos e por linha assistencial para os restantes profissionais. Esta decisão decorre do facto dos profissionais médicos, mais do que os restantes, apresentarem uma contribuição transversal ao longo do ciclo produtivo, compreendendo diversas linhas de produção. A título de exemplo, um médico de uma especialidade cirúrgica pode desempenhar tarefas ao nível da linha de produção de consulta externa, internamento e cirurgia.

Em adição, como pressuposto geral chave do modelo, contempla-se a definição de um valor máximo percentual de incentivos financeiros (i.e. tecto máximo) em função do salário base mensal bruto. Esta percentagem é igual para todos os profissionais e variável ao longo do período em análise (ver secção 5.1.2. Plano de Implementação).

Para cada indicador foi atribuída um grau de importância relativa (de 1 a 3, com 1 sendo moderadamente importante e 3 extremamente importante). Este pressuposto, da responsabilidade da instituição da ULS, visa realizar uma ponderação diferencial dos indicadores para cada dimensão e permitir um esquema de pontos para posterior comunicação do modelo de incentivos aos profissionais. Estes pressupostos são específicos para a ULSBA, carecendo de justificação técnica.

5.3.1. Cenário Base

A apresentação dos resultados compreende duas divisões lógicas interligadas, em função da perspectiva de análise: (1) ULS; e (2) profissionais.

Perspectiva da ULS:

a) Custos incorridos

Tendo por base a diferenciação relativa das diversas dimensões por grau de importância e o número de indicadores por dimensão considerados, procurou-se repercutir a importância de cada dimensão no incentivo financeiro atribuível. No entanto, em função da insuficiência de informação relativa à gravidade da casuística, optou-se por excluir indicadores de resultado não ajustados pelo risco. A título de exemplo, refere-se o indicador número 9, relativo à variação entre a taxa de mortalidade esperada e observada. Face a esta contingência optou-se por reforçar os incentivos financeiros adstritos à dimensão de satisfação dos utentes.

Os incentivos financeiros pagos pela ULSBA aos seus profissionais provêm, conforme expresso na Tabela 18, do(as): (1) **orçamento global da ULSBA** (86,6% do total); e (2) **poupanças resultantes da não realização de tarefas desnecessárias** (13,4% do total).

Tabela 18. Distribuição dos custos do modelo de incentivos em função da sua natureza e dimensão de análise.

Tipo de incentivo	Valor (€)	%
1. Incentivos provenientes do orçamento da ULSBA	2.020.718 €	86,6%
Eficiência	696.900 €	34,5%
Acessibilidade	210.000 €	10,4%
Qualidade	513.818 €	25,4%
Satisfação dos Profissionais	0 €	0,0%
Satisfação dos Utesntes	600.000 €	29,7%
2. Poupanças geradas	312.895 €	13,4%
Total	2.333.613 €	100,0%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

O risco financeiro adstrito à ULSBA no cenário (1) é contrabalançado pelo alinhamento do modelo de incentivo dos profissionais com o da própria instituição. Por outras palavras, o pagamento de

incentivos aos profissionais depende da **taxa de sucesso** das diversas medidas que, por sua medida, define o potencial nível de penalização financeira (até 10% do orçamento total) da ULSBA em sede de Contrato-Programa. Assim, procurou-se reforçar uma *win-win situation*, onde o profissional é ressarcido na medida directa do seu contributo para o financiamento da ULSBA (por via do evitamento de penalizações pecuniárias). Por conseguinte, a ULS apresenta um **reduzido risco financeiro**. O caso base assume uma taxa de sucesso de 100%, tendo-se realizado uma análise de sensibilidade com valor inferior, de 80%.

Em (2) considera-se como regra geral a **repartição equitativa das poupanças geradas** pela ULSBA e respectivos profissionais envolvidos. A título ilustrativo, considere-se o indicador número 5, relativo às quedas hospitalares. O aumento indevido da duração dos internamentos devido a um evento adverso de queda hospitalar gera custos (e não proveitos) na perspectiva da ULSBA. Tendo como pressupostos: (1) a redução dos custos directos unitários por dia de internamento (cerca de 250€ na ULSBA); (2) um número acrescido de 4 dias de internamento por evento adverso; e (3) uma redução de 20% do número de quedas, estimou-se uma potencial poupança global de cerca de 86 mil euros. Deste valor, 50% será distribuído pelos profissionais responsáveis pela melhoria da qualidade assistencial, no caso os enfermeiros hospitalares. No Anexo VIII apresenta-se a descrição geral dos pressupostos assumidos por indicador.

Em adição, no que respeita aos **custos de implementação e manutenção do modelo**, considerou-se um custo anual de 217.500€ a partir do ano -1, correspondente a uma equipa de dedicação exclusiva com 3 administradores hospitalares, 2 administrativos e 2 financeiros. Para além dos custos fixos, considerou-se 25% de custos indirectos (e.g. *overheads*).

b) Benefícios gerados:

Finda a análise dos custos incorridos, importa estimar os **benefícios** gerados (ver Tabela 20). Os benefícios, à semelhança dos custos, decorrem de duas componentes, a saber: (1) **redução de potenciais penalizações do orçamento global da ULSBA** (92,8% do total); e (2) **poupanças resultantes da não realização de tarefas desnecessárias** (6,2% do total).

Tabela 19. Distribuição dos benefícios do modelo de incentivos em função da sua natureza e dimensão de análise.

Tipo de incentivo	Valor (€)	%
1. Incentivos provenientes do orçamento da ULSBA	4.723.803 €	92,8%
2. Poupanças geradas	312.895 €	6,2%
Total	5.036.698 €	100,0%
Eficiência	2.586.533 €	51,4%
Acessibilidade	605.155 €	12,0%
Qualidade	1.683.636 €	33,4%
Satisfação dos Profissionais	0 €	0,0%
Satisfação dos Utentes	161.375 €	3,2%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

O modelo de incentivos norteou-se pela adopção de medidas custo-efectivas. Como exemplo, ao nível da dimensão **eficiência** considerou-se um custo total equivalente a **34,5%** dos incentivos financeiros totais, gerando no entanto cerca de **51,4%** dos proveitos estimados. Em clara oposição, a dimensão da satisfação do utente, responsável por cerca de 29,7% dos incentivos financeiros, geram apenas um benefício de cerca de 3,2%. Esta opção estratégica decorreu da necessidade premente de – efectivamente – posicionar o doente no centro da cadeia de valor.

c) Resultados gerados: cenário base

A avaliação detalhada dos resultados financeiros por indicador do modelo encontram-se sumarizados na tabela do Anexo X. Esta tabela consubstancia na prática um painel de controlo (*tableau de bord*) da implementação do modelo de incentivos na perspectiva da ULSBA.

De notar que a margem bruta de aproximadamente **2,5 milhões de euros** (equivalente a cerca de 2,8% do orçamento da ULSBA) registada no cenário base (ver Tabela 20) não deve ser considerada como um valor tangível mas sim como um **custo de oportunidade** (ver secção 6.2.3.2 para detalhe).

Tabela 20. Estimativo dos custos, benefícios e resultados financeiros decorrentes do modelo de incentivos.

Tipo de incentivo	Valor (€)
Custos (incluindo equipa dedicada)	2.551.113 €
Benefícios	5.036.698 €
Resultados	2.485.586 €

Fonte: Tabela de elaboração própria.

d) Resultados gerados: plano de implementação

Considerando o **plano de implementação** previamente detalhado na secção 5.1.2., o nível de custos e, por conseguinte, dos resultados é variável (ver Tabela 21). Esta situação decorre da variação do valor máximo de incentivos em função do(s): (1) profissionais das unidades de cuidados envolvidas (unidades de cuidados primários vs hospitalares); e (2) ano do período de implementação.

Tabela 21. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação.

Tipo de incentivo	Ano 1	Ano 2	Ano 4
Custos (incluindo equipa dedicada)	1.460.373 €	2.168.235 €	2.397.588 €
Benefícios	5.036.698 €		
Resultados	3.576.326 €	2.868.463 €	2.639.110 €

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Perspectiva dos Profissionais:

a) Resultados: cenário base

No que respeita à perspectiva dos profissionais considerou-se maioritariamente a atribuição de **incentivos positivos**. O modelo contempla apenas dois indicadores de incentivo negativo (ver Anexo VIII): (1) ao nível da percentagem de absentismo dos profissionais; e (2) variação dos níveis de utilização por linha de produção após a implementação do modelo.

Os resultados base do modelo – previamente à aplicação do plano de implementação – evidenciam um nível de incentivo superior para os profissionais **médicos**, em particular ao nível dos cuidados primários (ver Tabela 22 e Tabela 23, valores de 17,8% e 10,1%, respectivamente). Esta situação reflecte a necessidade de se actuar – preferencialmente – sobre os principais intervenientes decisores no âmbito da ULS.

No entanto, ressalva-se também a atribuição de incentivos de magnitude aceitável (tendo em conta o estabelecido na secção IV. Enquadramento teórico) ao nível do pessoal de **enfermagem** (8,4% e 5,1% nos cuidados primários e hospitalares, respectivamente) e pessoal **administrativo** (6,0% e 8,4% nos cuidados primários e hospitalares, respectivamente).

Tabela 22. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados primários da ULSBA.

	Cuidados Primários				
	Médico	Enfermeiro	AAM	Administra- tivo	Outros
Número de Recursos Humanos em FTE	104,9	182,4	94,2	137,3	69,3
Cenário Base (incentivo total por recurso)	785.245 €	276.437 €	29.231 €	79.590 €	19.891 €
Cenário Base (incentivo individual anual por recurso)	7.483,5 €	1.515,4 €	310,4 €	579,7 €	287,1 €
% salário base anual (12 meses de salário)	17,8%	8,4%	3,2%	6,0%	2,4%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Tabela 23. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados hospitalares da ULSBA.

	Cuidados Hospitalares						
	Médico	Enfermeiro	AAM	Adminis- trativo	Administra- -dor Hospitalar	Técnico Superior / MCDTs	Outros
Número de Recursos Humanos em RTE	131,4	329,0	187,4	75,0	10,0	25,0	50,0
Cenário Base (incentivo total por recurso)	639.929 €	304.791 €	46.567€	60.447 €	7.054 €	35.490 €	19.603 €
Cenário Base (incentivo individual anual)	4.868,5 €	926,3 €	248,5 €	806,0 €	705,4 €	1.419,6€	392,1 €
% salário base anual (12 meses de salário)	10,1%	5,1%	2,6%	8,4%	3,9%	7,9%	3,3%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

b) Resultados: plano de implementação

Na Tabela 24 e Tabela 25 procede-se à evolução do nível de incentivos por categoria profissional e tipo de unidade consoante os critérios do plano de implementação previamente definidos em 5.1.2.

Os resultados registados para os diferentes profissionais decorrem da aplicação de tectos máximos em função do ano de implementação do modelo, a saber: 5% no ano 1; 10% nos anos 2 e 3; e, até um máximo de 15% no ano 4.

A título de exemplo, conforme ilustrado na Tabela 24, os profissionais **médicos** atingem, ao nível dos cuidados primários, os valores de **tecto máximo** supracitados (face ao valor de 17,8% base ilustrado na Tabela 22). No entanto, ao nível dos cuidados hospitalares, o mesmo não se verifica, dado que a partir do ano 4, os profissionais médicos apenas recebem incentivos, em média, de cerca de 10,1% dos salários bases brutos (ver Tabela 25). Em suma, o plano de implementação concebido apenas afecta os profissionais médicos ao nível dos cuidados primários.

Tabela 24. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados primários da ULSBA ao longo do período de implementação considerado.

		Cuidados Primários				
		Médico	Enfermeiro	AAM	Administra- tivo	Outros
Ano 1 (máx. de 5%)	Incentivo individual anual	2.100 €	900 €	310 €	480 €	287 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	5,0%	5,0%	3,2%	5,0%	2,4%
Ano 2 (máx. de 10%)	Incentivo individual anual	4.200 €	1.515 €	310 €	580 €	287 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	10,0%	8,4%	3,2%	6,0%	2,4%
Ano 4 (máx. de 15%)	Incentivo individual anual	6.300 €	1.515 €	310 €	580 €	287 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	15,0%	8,4%	3,2%	6,0%	2,4%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Tabela 25. Estimativa dos incentivos financeiros para os profissionais dos cuidados hospitalares da ULSBA ao longo do período de implementação considerado.

		Cuidados Hospitalares						
		Médico	Enfermeiro	AAM	Adminis- trativo	Administra- dor Hospitalar	Técnico Superior / MCDTs	Outros
Ano 1 (máx. de 5%)	Incentivo individual anual	2.400 €	900 €	249 €	480 €	705 €	900 €	392 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	5,0%	5,0%	2,6%	5,0%	3,9%	5,0%	3,3%
Ano 2 (máx de 10%)	Incentivo individual anual	4.800 €	926 €	249 €	806 €	705 €	1.420 €	392 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	10,0%	5,1%	2,6%	8,4%	3,9%	7,9%	3,3%
Ano 4 (máx de 15%)	Incentivo individual anual	4.868 €	926 €	249 €	806 €	705 €	1.420 €	392 €
	% salário base anual (12 meses de salário)	10,1%	5,1%	2,6%	8,4%	3,9%	7,9%	3,3%

Fonte: Tabela de elaboração própria.

5.3.2. Análises de sensibilidade

a) Taxa de sucesso de 80%

Na perspectiva da ULSBA, uma **taxa de sucesso de 80%** significa um patamar fixo expectável de benefícios em torno dos quatro milhões de euros (ver Tabela 26). O nível de custos, variável em função do plano de implementação, origina um inferior nível de custos no ano 1 (e por conseguinte maior nível de resultados) face aos anos seguintes, onde o modelo se encontra em modo cruzeiro. EM todo o caso, apesar do nível inferior de resultados estimados, considera-se um impacto positivo, variável entre aproximadamente **2 a 2,5 milhões de euros**.

Tabela 26. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação para o cenário de sensibilidade com uma taxa de sucesso de 80% do modelo de incentivos.

Tipo de incentivo	Ano 1	Ano 2	Ano 4
Custos (incluindo equipa dedicada)	1.460.373 €	2.084.390 €	2.084.390 €
Benefícios	4.029.359 €		
Resultados	2.568.986 €	1.944.968 €	1.944.968 €

Fonte: Tabela de elaboração própria.

b) Apenas os trabalhadores em CIT são elegíveis para o modelo de incentivos

A ULSBA apresenta cerca de **37% dos trabalhadores em CIT**. Esta variação resulta numa redução significativa do nível de custos (i.e. incentivos financeiros aos profissionais) e benefícios na perspectiva da ULSBA. No entanto, a aplicação do modelo apenas a profissionais com regime ao abrigo de um CIT resulta em resultados positivos, na ordem dos **oitocentos mil euros** por ano.

Tabela 27. Estimativa dos custos, benefícios e resultados financeiros em função do plano de implementação para o cenário de sensibilidade com uma abrangência apenas a profissionais em regime de CIT.

Tipo de incentivo	Ano 1	Ano 2	Ano 4
Custos (incluindo equipa dedicada)	1.080.937 €		
Benefícios	1.863.578 €		
Resultados	782.642 €		

Fonte: Tabela de elaboração própria.

VI. DISCUSSÃO

A discussão compreende duas secções distintas. Na primeira, relacionada com a **metodologia** utilizada, especifica-se o *rationale* inerente aos objectivos traçados e as limitações metodológicas encontradas. Na segunda parte foca-se uma análise crítica dos **resultados** analisados e as potenciais alternativas no contexto do financiamento caputivo das ULS.

6.1. Discussão metodológica

A metodologia consubstanciada com o presente trabalho compreendeu, conforme detalhado na secção III. Metodologia, **três fases lógicas**, completadas de forma sequencial e com interdependência directa, a saber: (1) revisão de literatura; (2) construção do modelo; e (3) aplicação do modelo.

6.1.1. Revisão de literatura

Conforme descrito, numa primeira fase procedeu-se a uma análise sistemática de literatura. Durante esta fase verificaram-se limitações metodológicas específicas que importa apontar.

Como em qualquer revisão de literatura, a comparação de estudos realizados em anos diferentes, com metodologias específicas (e.g. retrospectivo ou prospectivo), em contextos ou sistemas de saúde diversos (e.g. de natureza concorrencial ou não concorrencial), compreende uma limitação metodológica inerente à revisão de literatura realizada.

Por outro lado, refere-se a adopção de uma estratégia de pesquisa com uma elevada sensibilidade, consequência de um segundo filtro de pesquisa que obriga à presença obrigatória de palavras-chave nos títulos dos artigos em análise (ver Anexo IV). Esta estratégia permitiu reduzir os 2.241 resultados da pesquisa inicial para 583 artigos. No entanto, o aumento do nível de sensibilidade da estratégia de pesquisa pode ter provocado a exclusão de artigos potencialmente relevantes (i.e. aumento da taxa de falsos negativos).

Uma outra limitação encontrada resultou do insuficiente nível de informação ao nível de modelos de referência, designadamente o da *Kaiser Permanente*. Em função da sua natureza comercial, não se dispôs de informação transparente e explícita em torno da estrutura do modelo (em particular dos indicadores considerados) impossibilitando uma análise de *benchmark* em torno deste modelo.

No entanto, apesar das limitações supracitadas, considera-se que a presente revisão sistemática de literatura internacional, a par da análise da evidência nacional, consubstancia uma **adequada base teórica** sobre a qual se erige o modelo base de incentivos a profissionais. De facto, a combinação de (1) estudos de caso específicos e (2) artigos de revisão de literatura permite aferir – de forma transversal – a evidência internacional existente.

6.1.2. Construção do Modelo base

Numa segunda fase concebeu-se o modelo base, amplamente influenciado por critérios de custo-efectividade retirados da evidência de literatura e informação obtida de documentos oficiais, designadamente de contratos-programa em vigor e documentação metodológica de suporte.

O modelo base proposto alicerça-se na identificação de **duas perspectivas** distintas mas indissociáveis, a saber: (1) perspectiva institucional, ou seja, da ULS; e (2) perspectiva dos diversos colaboradores, organizados por categoria profissional e tipo de unidade. De facto, é importante destacar que uma elevada proporção dos custos do modelo na perspectiva da ULS representa, na perspectiva dos colaboradores, os proveitos a serem distribuídos.

A definição de um **painel de controlo** e **tabela resumo** permite a visualização holística do modelo de incentivos, bem como a rápida identificação de potenciais desvios face ao previamente

estabelecido como objectivos pelos diferentes responsáveis das ULS. Em adição, possibilita a estimativa de diversos rácios de custo-efectividade por medida implementada.

Por outro lado, a identificação de uma **ficha técnica** por medida proposta (conforme disposto no Anexo IX), com a descrição exaustiva do respectivo indicador e diversos parâmetros chave permite a clara compreensão e rastreabilidade de toda a informação incluída na construção do modelo proposto. De realçar ainda a utilização de uma estrutura de ficha técnica em todo idêntica aos bilhetes de identidade utilizados pelas entidades reguladoras (designadamente a ACSS) ao nível dos cuidados primários.

A estrutura interna do modelo de incentivos, concebido com recurso à ferramenta Microsoft Excel, visa estimar as **potenciais poupanças e custos gerados por medida proposta**. Posteriormente, numa segunda fase, os resultados globais obtidos decorrem da **soma individual dos valores parcelares** estimados para cada um dos 44 indicadores propostos. Esta última abordagem encerra em si uma importante limitação metodológica que importa atentar. O efeito cruzado decorrente de potenciais sinergias ou antagonismos entre os diferentes indicadores propostos não foi considerado. Para obviar esta limitação, poderia equacionar-se a adição de um factor ponderador. No entanto, tal não foi realizado dada a inexistência de justificação técnica para proceder a esse ajustamento.

Na sequência do ponto anterior, importa referir que o modelo de incentivos não foi construído tendo por base a atribuição de incentivos com base em respostas ou *thresholds* binários (i.e. sim/não) mas sim em função de nível de **sucesso** face a metas pré-estabelecidas. A título de exemplo, um dos cenários de sensibilidade considerados visa uma taxa de sucesso global de apenas 80%.

No que respeita à **validade** do modelo, em particular da sua componente externa, considerou-se a utilização de fontes de dados que, quer pela sua natureza, quer por se reportarem a entidades reguladoras nacionais, reforcem a validade do modelo base de incentivo proposto.

6.1.3. ULSBA: Aplicação do modelo

Num terceiro momento, procedeu-se à aplicação do modelo base no **contexto específico da ULSBA**. Para tal, considerou-se nuclear um conhecimento aprofundado da realidade da ULSBA, obtido mediante a realização de um estudo de caso.

6.1.3.1. Estudo retrospectivo

O presente estudo **retrospectivo** visou a colheita de informação chave de diversa índole, designadamente: (1) clínica; (2) financeira; e de (3) recursos humanos. Com esta informação procede-se ao povoamento dos diversos parâmetros considerados no modelo, traduzindo a realidade actual da ULSBA. Neste ponto importa referir a elevada taxa de obtenção da informação (cerca de 80% da totalidade dos dados requisitados) necessária para povoar o modelo. Esta situação permitiu a **manutenção de 38 dos 44 indicadores (i.e. 86,4%)** inicialmente propostos no modelo base. A informação que se revelou inacessível decorre de diversos parâmetros de índole clínica ao nível de doenças crónicas, com particular ênfase para as doenças respiratórias (indicadores número 35 e 36) e do foro mental (indicadores número 32 e 33). De referir que também não foi possível obter a informação clínica organizada por severidade (apenas se dispôs dos índices de complexidade).

Ao nível dos recursos humanos e financeiros, foi possível obter toda a informação requisitada.

6.1.3.2. Estudo prospectivo

Posteriormente, ao nível do estudo **prospectivo**, iniciou-se pelo povoamento das metas e objectivos a atingir para cada indicador proposto. As metas de **21 dos 44 (i.e. 47,7%)** indicadores propostos foram preenchidas em **consonância com a informação disposta no Contrato-Programa** vigente da ULSBA. Nos restantes indicadores procedeu-se à definição de estimativas. No entanto, é de referir

que esta abordagem encerra em si uma importante limitação metodológica. A não realização de análises de *benchmark* em torno das metas estabelecidas, tendo por base a comparação face a unidades de saúde nacionais equiparáveis, representa uma limitação. Não obstante, considerou-se que esta limitação se encontra minimizada em função da existência de um **período experimental prévio à implementação** efectiva do modelo (conforme considerado na secção 5.1.2.), que permitirá o ajustamento das diferentes metas consideradas no modelo.

A análise SWOT apresenta um carácter eminentemente **opinativo**, sendo que os pareceres de profissionais da ULSBA foram capturados mediante a realização de conversas informais. Esta limitação poderia ser obviada pela consecução de inquéritos ou entrevistas formais estruturadas ou, em alternativa, painéis de peritos. Deste modo, considera-se que a matriz SWOT apresentada reveste-se de carácter indicativo.

Por último, e previamente à análise dos resultados, importa apontar áreas específicas não abordadas no modelo. Neste contexto, salienta-se que não constituiu objectivo do modelo proceder à análise e (re)organização do modelo de governação das ULS. Assim, o modelo de incentivo terá como premissa basear-se na actual estrutura organizacional da ULSBA.

6.2. Discussão de resultados

Finda a secção metodológica, procede-se à discussão de resultados.

6.2.1. Revisão de literatura

A literatura analisada permite conferir a existência de diversas realidades, tanto em termos de estrutura do modelo proposto como de resultados obtidos.

No entanto, no que respeita à **estrutura**, importa referir uma clara tendência de **hibridização** dos modelos, ao nível de diversas componentes chave, com especial destaque para a(s):

- Dimensões de análise. Os modelos de incentivo apresentam dimensões de análise variáveis. A título de exemplo, a maioria da literatura, proveniente do mercado norte-americano, não considera a acessibilidade pois esta não representa um vector essencial do sistema de saúde. No entanto, a análise de literatura permitiu convergir em torno de cinco dimensões chave: eficiência; acessibilidade; qualidade; e satisfação dos utentes e profissionais;
- Unidade de pagamento. Destaca-se a utilização de diversas combinações de unidades de pagamento, assumindo o pagamento por desempenho uma componente adicional face à unidade de pagamento base pré-existente (tipicamente salário ou pagamento por acto);
- Tipo de indicadores. A maioria dos modelos analisados converge na apresentação de indicadores de resultado e de processo. A utilização de indicadores de estrutura assume um carácter pontual, à semelhança do proposto no modelo base construído (e.g. o indicador número 17 avalia a integração de informação, ao nível da área de imagiologia e registo clínico electrónico). Por outro lado, verificou-se da revisão de literatura que os modelos de incentivo baseiam-se sobretudo ao nível dos cuidados primários, em particular da prevenção em utentes crónicos. O modelo foi construído de forma a dar seguimento a estas importantes evidências;
- Magnitude dos incentivos. A análise de literatura permitiu estimar a existência de um intervalo óptimo em torno da magnitude de incentivos a atribuir, no caso entre 10 a 15% sobre o total de rendimentos. Níveis de incentivos inferiores ao supracitados apresentam reduzida adesão por parte dos profissionais, enquanto no extremo oposto, se aumenta o risco financeiro da unidade sem isso se traduzir num incremento proporcional da satisfação e adesão dos profissionais ao modelo proposto. O modelo contruído foi desenvolvido tendo por base esta premissa.

A análise detalhada da evidência internacional ilustra a **presença de variabilidade nos resultados registados**, caracterizada pela existência de evidência mista (impacto positivo, negativo e neutro) de modelos assentes na mesma unidade de pagamento aplicados em diferentes contextos. De facto, outros componentes estruturais, como os mecanismos de incentivos e os objectivos explícitos (e implícitos) inerentes ao modelo, e o próprio contexto e natureza específica do mercado e da instituição onde se implementa o modelo de incentivos são de igual importância. Em suma, um modelo de incentivos de profissionais baseado na mesma unidade de pagamento - seja esta qual for - pode apresentar resultados díspares em função da existência de outras variáveis, devendo sempre ser **adaptado à realidade da instituição destinatária**. É precisamente no seguimento desta última evidência que inicialmente se procedeu: (1) à construção de um modelo base genérico para as ULS; e posteriormente (2) à sua adaptação com base num estudo de caso prático.

6.2.2. Construção do Modelo base

Para além do supracitado, salienta-se a adopção de diversas decisões (estratégicas e operacionais) de compromisso entre a exequibilidade e sustentabilidade técnica do modelo e a sua potencial implementação prática. Neste contexto destaca-se a:

- **Limitada abrangência** do modelo, em particular ao nível dos profissionais não prestadores;
- Utilização da componente de **incentivo financeiro como único driver** do modelo. De facto, a revisão de literatura realizada na secção IV. Enquadramento teórico reforça a utilização complementar de incentivos de índole financeira e não financeira. Para tal, sugere-se a existência de espaços físicos equipados que promovam, internamente, a articulação entre os diferentes profissionais e, numa perspectiva mais abrangente de ULS, a organização de eventos que promovam a articulação entre profissionais de diferentes unidades. No entanto, ressalva-se o impacto financeiro marginal que estas medidas representam no contexto dos resultados do modelo proposto. Assim, caso seja entendimento da ULS, sugere-se a alocação de uma percentagem dos ganhos registados para o financiamento de incentivos de índole não financeira;
- **Não inclusão do efeito cumulativo de múltiplas patologias e co-morbilidades**. A título de exemplo, o aumento de consultas de enfermagem ao domicílio num utente asmático e diabético tem potencial para prevenir o número de eventos agudos em utentes crónicos em ambas as patologias. Como segundo exemplo, o aumento do consumo de caixas de medicamentos genéricos contribui para este indicador individual (indicador 16 - ver Anexo VIII) e, em simultâneo, coadjuva a redução da despesa em medicamentos (indicador 14 - ver Anexo VIII);
- **Limitação na captura de potenciais mais-valias** geradas pelo modelo. Por exemplo, o modelo não pondera o potencial de redução de episódios de internamento em utentes crónicos em fase de descompensação decorrente da aposta nos cuidados primários, consultas de ambulatório. Por este motivo, o impacto financeiro do modelo base encontra-se potencialmente subestimado;
- Limitação decorrente da **estimativa da contribuição individual dos profissionais** em função do tempo alocado e do respectivo salário base adstrito a cada categoria profissional e não da contribuição efectiva de cada indivíduo para o resultado final registado. Esta abordagem encerra três importantes limitações, designadamente a existência de uma: (1) correlação entre o tempo equivalente por contacto e o resultado obtido; e (2) relação perante a qual os resultados decorrentes do tempo dispendido por cada profissional dentro de uma mesma categoria profissional são iguais (ignorando variabilidade intra-classe por falta de informação fidedigna); e (3) relação proporcional entre os resultados gerados e o salário base de cada categoria profissional. Estas limitações visam potenciar a exequibilidade do modelo e um maior controlo

financeiro sobre o nível e distribuição dos incentivos financeiros pelas diferentes categorias profissionais;

- Limitação resultante do **não ajustamento pelo risco de determinados indicadores de resultado**, fruto da ausência de informação proveniente de bases de dados de severidade da doença (apenas se dispôs dos índices de complexidade por via da base de dados dos GDHs);
- Dificuldade metodológica de **avaliação da dimensão associada à satisfação do utente**. Esta situação decorre de duas variáveis distintas, a saber a: (1) potencial ausência de relação entre a qualidade assistencial e a qualidade perspectivada pelo utente, podendo provocar enviesamentos negativos na dimensão da satisfação do utente; e (2) a necessidade de avaliar, de forma independente e consistente, o nível de satisfação dos utentes. Ao nível do ponto (1) considera-se que a **satisfação do utente, seja este resultante da qualidade assistencial, hoteleira ou nível de atendimento**, é o objectivo final pretendido pela ULSBA. No que respeita ao ponto (2), considera-se a realização de **inquéritos de satisfação**, sob a responsabilidade de uma entidade de referência externa à ULS (evitando deste modo potenciais fenómenos de *gaming* de dados).
- **Inexistência de informação de custeio robusta** que permita o estabelecimento de um racional inerente aos custos evitados na perspectiva da ULS. A título ilustrativo, não é possível aferir com exactidão, e muito menos por tipologia de doente, que percentagem dos custos de um episódio de internamento evitado (por exemplo, por melhoria dos cuidados primários de saúde) são efectivamente removidos na óptica da ULS;
- **Ausência de fundamentação técnica para todos os pressupostos do modelo**, em particular para a definição da ponderação da importância relativa das dimensões em análise. Esta situação expõe o modelo a potenciais críticas mas, simultaneamente, potencia a sua adequação à realidade específica de cada ULS e intenções dos respectivos decisores.

6.2.3. ULSBA: Aplicação do modelo

De seguida discute-se os principais resultados relativos à **aplicação prática do modelo base proposto**. Para o efeito considerou-se a discussão individual do: (1) estudo **retrospectivo**, consubstanciando a caracterização detalhada da realidade da ULSBA; e (2) estudo **prospectivo**, mediante o (re)ajuste do modelo base proposto, com a respectiva simulação do impacto sob diversas dimensões e perspectivas.

6.2.3.1. Estudo retrospectivo

O modelo de incentivo caputivo da instituição (i.e. per capita ajustado por risco) **não se encontra alinhado** com a realidade do modelo de incentivos dos profissionais, baseado maioritariamente numa componente salarial (85,0%) e pagamento adicional de suplementos (11,5%) e, a menor nível, e em função da categoria profissional e tipologia de unidade, incentivos pontuais baseados no pagamento por acto e/ou por desempenho. Deste modo, o actual modelo de incentivo da instituição e dos profissionais da ULSBA encontra-se desajustado, potenciando o surgimento de interesses discordantes.

O principal *outlier* face ao supracitado decorre da análise ao nível dos cuidados primários, em particular ao nível das USFs. Nestas unidades **43,7%** dos custos individuais ao nível decorre, de acordo com o estudo retrospectivo, do pagamento com base no desempenho. No entanto, o pagamento de alargamento da lista de inscritos (em unidades ponderadas), que na prática pode ser entendida como uma forma – ainda que primitiva – de pagamento caputivo, bem como outros suplementos parecem estar a ser, indevidamente contabilizados como pagamento por desempenho.

A não transposição (excepção feita ao caso supracitado ao nível das USFs) de incentivos institucionais, baseados em valores de capita ajustados, decorre da: (1) manutenção preferencial do salário enquanto unidade de pagamento base, sem risco financeiro associado para o profissional e a própria unidade; e (2) inexistência de informação robusta que permita um adequado ajustamento pelo risco baseado na componente da procura.

No que respeita a (1), e tendo em conta o actual estadió de integração sob diversas dimensões, compreende-se a decisão estratégica de manutenção do **salário como unidade base de pagamento**. Um potencial cenário de migração para uma unidade de pagamento por capita ajustada por risco, para além dos problemas de índole legal, apenas seria exequível, conforme referido em (2), com modelos robustos de ajustamento pelo risco. Ao contrário do proposto para o modelo de financiamento das ULS, cuja validade técnica é questionável (valor de R^2 registado no modelo de previsão de determinantes da despesa na ordem dos 0,7, superior a qualquer estudo prospectivo presente na revisão de literatura realizada, situados na região dos 0,2 a 0,25), não se considera apropriado proceder ao ajustamento dos níveis de rendimentos individuais em função de variáveis manifestamente incapazes de traduzir a variabilidade da casuística de cada ULS. De recordar que a componente da despesa, com uma contribuição de 40% para o nível de financiamento capitativo de cada ULS, decorre de apenas três variáveis, a saber: (a) variáveis demográficas (proporção de população residente feminina e índice de dependência total); e (b) socioeconómicas (população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória). No contexto do presente trabalho, considera-se desajustado e inexequível propor a adopção de uma estrutura similar para o modelo de incentivos dos profissionais da ULSBA.

Em segundo lugar, considera-se que a atribuição de incentivos, independentemente da unidade de pagamento, deve compreender a **abrangência de todos os profissionais**, em particular os prestadores. Ao contrário do que sucede no actual contexto das ULS, em que a ULSBA não é uma excepção, a atribuição de incentivos diferenciados para profissionais da mesma instituição e com responsabilidades equivalentes é contraproducente. Esta situação é ainda mais premente quando a distribuição de verbas carece de evidência de custo-efectividade, como sucede ao nível dos cuidados primários, mais concretamente nas USF modelo B. O supracitado não significa que não se partilhe da necessidade de atribuição de incentivos complementares ao salário. De facto, o pagamento de suplementos e/ou ou pagamento com base no acto ou desempenho deve ser considerado, numa lógica holística de custo-efectividade no processo produtivo de valor da ULS.

Em suma, e apesar de não ser possível o exercício de generalização para as ULS nacionais com base numa ULSBA, é expectável a existência de modelos de incentivos dos profissionais em tudo similares nas restantes ULS nacionais.

6.2.3.2. Estudo prospectivo

Na perspectiva da **instituição**, os resultados estimados de aplicação teórica do modelo de incentivo de desempenho, com uma margem bruta anual entre **2,6 e 3,6 milhões de euros** (variável em função do ano do plano de implementação) no cenário base, devem ser entendidos numa lógica de **custo de oportunidade e não como um valor tangível**. O supracitado significa que a libertação de recursos (humanos, técnicos e financeiros) não se repercute na íntegra nos resultados de exercício da ULSBA. Um exemplo evidente disso mesmo decorre dos recusos humanos, uma rubrica de custos eminentemente fixa e de elevada expressão (em torno dos 54% no caso da ULSBA). De facto, não se considera que a libertação de recursos humanos seja acompanhada por uma redução do número de efectivos. No entanto, a libertação de recursos humanos permite o posterior enfoque em tarefas assistenciais de custo-efectividade contrastada e geradora de mais-valias para a ULSBA.

As análises de sensibilidade realizadas permitem reforçar a solidez do modelo proposto, apresentando **sempre**, não obstante (1) a redução significativa do seu sucesso de implementação ou (2) a sua abrangência, **resultados positivos**. Esta situação resulta da própria concepção técnica da estrutura do modelo, assente na partilha do risco (e benefício) financeiro entre a ULS e os diferentes profissionais. Como referido, o alinhamento entre os interesses manifestados pelo pagador (por via do Contrato-Programa) e do prestador, a nível institucional e individual, é o principal factor crítico de sucesso.

Por seu lado, na perspectiva dos **profissionais**, verifica-se um nível de incentivos variável em função de diversas variáveis, designadamente do: (1) grau de maturação do plano de implementação (i.e. número de anos após a introdução o modelo); (2) tipo de categoria profissional; e (3) do tipo de unidade envolvida (e.g. cuidados primários ou hospitalares).

Os resultados estimados são consistentes com a evidência empírica retirada da revisão de literatura, visando a atribuição de uma magnitude de incentivos condicente com o intervalo definido como adequado, em torno dos **10 a 15% do valor total de rendimento salarial** do profissional. Por outro lado, o modelo também se encontra alinhado com os objectivos estratégicos da ULS, mediante a atribuição de **incentivos ao nível dos profissionais dos cuidados primários superiores** em magnitude aos observados nos cuidados hospitalares. Apesar de se considerar válida a preocupação que esta situação pode originar clivagens internas, considera-se prioritária uma actuação intensiva ao nível dos cuidados primários, em particular ao nível dos cuidados preventivos e de promoção de saúde. Em adição, importa salientar que a implementação do presente modelo de incentivos visa também homogeneizar o actual desfasamento verificado no seio das ULS, em particular ao nível das USF modelo B. O supracitado não significa que apenas se considere indicadores exclusivos aos cuidados primários ou hospitalares, dado que cerca de **32% do total de indicadores compreendem a avaliação do desempenho integral e transversal à ULS** (i.e. compreendendo, em simultâneo, os cuidados primários e hospitalares).

Não obstante os resultados registados, é de realçar a existência de **limitações** que condicionam a implementação do modelo de incentivo e consequentemente os resultados registados, a saber:

- Barreira metodológica inerente à construção de um modelo de incentivo baseado em ferramentas robustas de ajustamento pelo risco (ApR). De facto, a inobservância da variabilidade entre utentes (i.e. da procura), dificulta a distribuição “justa” de incentivos, comprometendo a adesão dos profissionais. Assim, aquando da comparação interna de resultados entre diferentes unidades e/ou profissionais de saúde, procurou-se incluir métodos de ApR, independentemente do seu nível de complexidade metodológica. No entanto, no âmbito do presente modelo, reconhe-se a inobservância deste critério em determinados indicadores de resultado. Esta opção decorreu da ausência de informação sistematizada e disponível tendo por base sistemas de classificação de doentes com base em índices de gravidade (dispôs-se de informação relativa aos índices de complexidade por via dos registos da base de dados de GDH da ULSBA). Esta limitação deverá ser corrigida de forma progressiva ao longo da implementação prática do modelo;
- Aquando da transposição do modelo base concebido para a realidade da ULSBA, foi necessário, nomeadamente por falta de informação em indicadores pontuais, proceder ao reajuste das fichas técnicas dos indicadores. Por conseguinte, não se considerou a atribuição **de verbas financeiras no contexto de seis indicadores**, em particular ao nível dos cuidados preventivos e de promoção de saúde em doentes crónicos (indicadores número 23, 32, 33, 34, 35 e 35). Esta situação revela uma particular falta de informação ao nível da saúde mental a qual importa, em função da perspectiva evolução da carga da doença, corrigir o mais brevemente possível;

- Os profissionais de determinadas especialidades poderão sentir-se prejudicados com a implementação do modelo face à situação dos seus pares. A título de exemplo, especialidades médicas não são elegíveis para indicadores no domínio da cirurgia. Para minimizar esta situação, o modelo compreende o estabelecimento de incentivos para a totalidade dos profissionais prestadores, salvaguardando a existência de um tecto individual máximo por colaborador para atribuição de incentivos e critérios de risco financeiro para a ULS;
- Estimativas com base em **valores médios por categoria profissional**, havendo lugar a variabilidade dentro da própria categoria profissional (e.g. médicos de cuidados primários vs médicos de cuidados hospitalares, médicos da especialidade de Oftalmologia vs médicos da especialidade de Medicina Interna). Apenas o valor médio é apresentado para efeitos de facilidade de leitura dos *outputs* do modelo;
- **Não avaliação da implementação efectiva** do modelo concebido. O presente trabalho consubstancia um esforço de análise da situação actual (estudo retrospectivo) e proposta de um novo modelo de incentivo (prospectivo) com recurso a informação recolhida na ULSBA. Para validar as estimativas realizadas no caso base (e cenários de sensibilidade) seria necessário acompanhar a sua implementação por um período temporal não inferior a 5 anos;

Finda a exposição de limitações e respectivo impacto nos resultados, reforça-se **a impossibilidade de conceber um modelo teórico ideal e tecnicamente exequível**, sendo, por conseguinte, indispensável o estabelecimento de relações de compromisso para potenciar a sua implementação prática no terreno.

A título de corolário, e indepentendemente da potencial mais-valia financeira gerada pelo modelo de pagamento por desempenho proposto, considera-se essencial proceder à sua introdução progressiva num período temporal pré-estabelecido, **mantendo o salário como unidade de pagamento base preferencial**.

VII. RECOMENDAÇÕES

As ULS devem representar mais do que a simples soma das partes, i.e. dos cuidados primários e hospitalares, traduzindo uma verdadeira integração a diversas dimensões por via promoção da utilização custo-efectiva de recursos ao longo do *continuum* de cuidados.

Neste contexto, o financiamento, tanto a nível organizacional como individual, deve funcionar como **driver indutor de mudança**, procurando maximizar o valor gerado através do alinhamento dos interesses das instituições e dos seus profissionais com os do próprio sistema de saúde. No entanto, enquanto os modelos de incentivos das instituições têm sido alvo de sucessivas evoluções, verifica-se uma estagnação dos modelos de incentivos associados aos respectivos profissionais.

O presente projecto visa dar reverter o supracitado, fornecendo um contributo de investigação e criação de evidência empírica que suporte a **recomendação em torno da concepção e implementação de um modelo de incentivos** para os profissionais das ULS.

Em adição, estabelecem-se diversas **recomendações adicionais** no contexto do desenvolvimento nacional de programas de incentivo aos profissionais das diversas ULS, a saber a(o):

- Análise do impacto na **perspectiva da ULS** decorrente da implementação do modelo de incentivos dos profissionais, designadamente a:
 - Avaliação do impacto financeiro global registado, bem como por dimensão e indicador em análise. Esta evidência é essencial para refutar ou confirmar os resultados estimados e promover a existência de evidência empírica favorável em torno do modelo proposto;
 - Estimativa da taxa de sucesso global do modelo proposto. Esta informação é chave para promover *feedback* interno numa perspectiva de melhoria contínua do modelo.
- Análise do impacto na **perspectiva dos profissionais**, em função da categoria profissional e grau de maturação do plano de implementação. Com esta informação visa-se potenciar os resultados finais adstritos ao modelo, devendo para tal procurar manter-se a magnitude da remuneração adicional com base no modelo de incentivos nos níveis propostos no plano de implementação e sugeridos pela análise de literatura (i.e. na ordem dos 10 a 15%);
- Introdução progressiva de modelos de **ajustamento pelo risco** baseados na componente da procura. Para tal, previamente, é necessário proceder à obtenção de informação robusta e transparente e, posteriormente, a sua aplicação no contexto de indicadores de resultado devidamente ajustados pelo risco. Apenas assim é possível conceder incentivos ajustados em função da casuística e características da procura, em particular ao nível da doença crónica;
- Desenvolvimento de estruturas de informação de base que capacitem a validade técnica dos estudos realizados, obviando a cultura de opinião não baseada na evidência. Neste ponto, particulariza-se sobre a necessidade de **implementação de sistemas de custeio centrados no utente** que permitam a determinação, a título ilustrativo, do custo integral associado a um utente diabético no contexto da ULS. Esta informação é nuclear para gerar (ou não) evidência em torno dos níveis de eficiência, bem como efectividade e qualidade dos cuidados prestados;
- **Individualização das diversas unidades de pagamento ao nível de diversa informação financeira** da ULS, designadamente ao nível dos relatórios e contas;

- Ampliação da **abrangência do modelo de incentivos às restantes ULS nacionais** (*roll-out* do programa). Para tal deverá considerar-se uma relação de compromisso entre o modelo base proposto e a sua adaptação e implementação prática no contexto específico de diferentes ULS.

A **(re)avaliação do modelo** de incentivos é essencial para permitir os resultados registados, bem como permitir um ciclo de *feedback* que permita a sua melhoria contínua.

A título de corolário, convém recordar que o modelo de incentivos deve ser entendido numa perspectiva dinâmica e evolutiva em função sobretudo do: (1) modelo de financiamento da instituição; e, não menos importante, (2) das opções estratégicas e operacionais da própria ULS.

VIII. CONCLUSÃO

Partindo das premissas que as instituições e indivíduos **não são imunes a incentivos** e que **nenhum modelo de incentivos é perfeito**, é necessário proceder à definição e construção de um modelo que potencie a criação de valor no contexto específico de integração vertical de cuidados de saúde. A construção de um modelo de incentivos de profissionais consubstancia um processo complexo, dado que um mesmo modelo, implementado em realidades distintas, apresenta diferentes resultados.

A revisão sistemática de literatura realizada permitiu analisar: (1) a estrutura dos modelos de incentivo implementados a nível internacional; e (2) os respectivos resultados obtidos face aos inicialmente estimados.

No ponto (1) foi possível determinar: as cinco dimensões de análise; a conjugação e magnitude das unidades de pagamento; o tipo de indicadores; ou ainda as áreas de actuação com medidas de maior custo-efectividade.

Por outro lado, no que respeita ao ponto (2), de resultados, verifica-se a **existência de variabilidade nos resultados registados**, caracterizada pela existência de evidência mista (impacto positivo, negativo e neutro) de modelos assente na mesma unidade de pagamento aplicados em diferentes contextos. De facto, outros componentes estruturais, como os mecanismos de incentivos e os objectivos explícitos (e implícitos) inerentes ao modelo, e o próprio contexto e natureza específica do mercado e da instituição onde se implementa o modelo de incentivos são de igual importância.

No seguimento do supracitado, considera-se essencial a adequada definição da estrutura do modelo, bem como a sua posterior adaptação à realidade específica da unidade destinatária. Estas duas etapas correspondem a dois objectivos específicos do presente trabalho.

A estrutura do modelo base de incentivos proposto assenta em **quarenta e quatro indicadores**, distribuídos por **cinco dimensões** de análise. No que respeita ao destinatário, **14 indicadores (31,8%) apresentam uma visão holística da ULS**, 17 (38,6%) encontram-se adstritos unicamente aos cuidados primários e os remanescentes 13 (29,5%) aos cuidados hospitalares. Esta situação revela uma abordagem distinta à verificada no contrato-programa das ULS, onde os indicadores considerados decorrem, exclusivamente, dos cuidados primários ou hospitalares.

A estrutura do modelo é variável em função do indicador considerado, apresentando como regra geral a atribuição de mecanismos de compensação nominais e não competitivos. O modelo consubstancia uma **aposta no aumento dos níveis de eficiência e qualidade assistencial** e um foco secundário nos níveis de acessibilidade e satisfação do utente e profissional.

Em função do actual enquadramento legal vigente, caracterizado pela multiplicidade de vínculos laborais em profissionais com as mesmas responsabilidades na mesma instituição, e do próprio grau de maturação organizacional das ULS, optou-se pela **manutenção da unidade de pagamento salarial como a base do rendimento dos profissionais**. A esta camada de incentivo base adiciona-se o modelo de incentivos proposto, maioritariamente composto pela unidade de **pagamento com base no desempenho** e não na produção.

A análise crítica do modelo de incentivos individuais em vigor nas ULSBA permitiu confirmar - ao abrigo do estudo retrospectivo realizado - o **desalinhamento entre este e o modelo de incentivos da própria instituição**. Esta realidade, transversal às restantes ULS nacionais, deve ser corrigida, procurando potenciar as mais-valias do processo de integração vertical de cuidados sob um financiamento por capita, independente do nível de produção. Para o efeito, dever-se-á conceber e implementar um modelo de incentivo único, transversal, transparente e abrangente, em particular ao nível dos profissionais prestadores. O modelo proposto corporiza uma abordagem holística (e não

por tipologia de unidade ou de cuidados prestados), norteados por critérios de custo-efectividade. De facto, ao incorporar **indicadores presentes no contrato-programa da ULS** (21 dos 44 indicadores considerados), **reduz-se o risco financeiro adstrito**, dado que o incentivo aos profissionais decorre da ausência de penalizações financeiras para a ULS, potenciando uma verdadeira *win-win situation*.

Na perspectiva da **instituição**, o modelo de incentivos proposto apresenta - no cenário base do estudo prospectivo realizado e tendo em consideração o plano de implementação gradual considerado - uma margem bruta anual superior a **2,6 milhões de euros** (no ano 4, com o nível máximo de incentivos), o correspondente a cerca de 3,4% do orçamento total da ULSBA. Este valor deve ser entendido como um **custo de oportunidade** para a ULSBA visto que não corresponde a uma redução efectiva das rubricas de custo mas permite a libertação de recursos (humanos, técnicos e financeiros) para a realização de adicionais que gerem valor no contexto da gestão integral dos níveis de saúde da sua população.

Por outro lado, na perspectiva do **profissional**, o modelo de incentivos apresenta, no cenário base, um valor percentual (em função do salário base) **crescente ao longo do período de implementação e variável em função do tipo de profissional envolvido** (até um máximo de 15% nos médicos dos cuidados primários).

Por último, as análises de sensibilidade realizadas reforçam a **robustez do modelo proposto, sem risco financeiro adstrito, quer para a ULSBA quer para os seus profissionais**. De facto, a estrutura interna do modelo dita que caso a ULS seja sujeita a penalizações ao abrigo do seu contrato-programa, não haverá lugar ao pagamento de incentivos nesse mesmo indicador. Por outro lado, e como o plano de implementação contempla um tecto máximo por profissional, variável em função do grau de maturação do modelo, o risco financeiro da ULS também se encontra balizado no caso de um cenário de elevado cumprimento das metas dos indicadores contemplados.

IX. BIBLIOGRAFIA

- ACSS. 2009. "Unidades Locais De Saúde: Modalidade De Pagamento." <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf>.
- ACSS. 2010. "Modalidade De Pagamento Da Unidades Locais De Saúde: Contrato-Programa 2010-2012." http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Modalidade%20de%20Pagamento%20ULS%202010_12n.pdf.
- ACSS. 2011. "Gestão Da Doença Crónica." http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/16_Out_2009_UOFC.PDF.
- ACSS. 2012a. "Cuidados De Saúde Primários. Metodologia De Contratualização." http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf.
- ACSS. 2012b. "Contrato-Programa 2012: Metodologia Para Definição De Preços e Fixação De Objetivos."
- ACSS. 2012c. "Contrato-Programa 2013: Metodologia Para Definição De Preços e Fixação De Objetivos."
- American Medical Association. 2012. "Physician Payment Reform: Early Innovators Share What They Have Learned." <http://www.ama-assn.org/resources/doc/washington/physician-payment-reform-white-paper.pdf>.
- Armour, B S, M M Pitts, R Maclean, C Cangialose, M Kishel, H Imai, and J Etchason. 2001. "The effect of explicit financial incentives on physician behavior." *Archives of internal medicine* 161 (10) (May 28): 1261–1266.
- Atherton, Helen, Josip Car, and Barbara Meyer. 1996. "Email for Clinical Communication Between Patients/caregivers and Healthcare Professionals." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007978/abstract>.
- Bao, Yuhya, Lawrence P. Casalino, and Harold Alan Pincus. 2012. "Behavioral Health and Health Care Reform Models: Patient-Centered Medical Home, Health Home, and Accountable Care Organization - Springer." *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <http://link.springer.com/article/10.1007/s11414-012-9306-y/fulltext.html>.
- Barros, P. P. 2009. *Economia Da Saúde*. 2ª Edição.
- Berenson, Robert A, and Eugene C Rich. 2010. "US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care." *Journal of general internal medicine* 25 (6) (June): 613–618. doi:10.1007/s11606-010-1295-z.
- Bessa, R. O. 2011. "Análise Dos Modelos De Remuneração Médica No Setor De Saúde Suplementar Brasileiro". Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.
- Bishop, Tara F, Alex D Federman, and Joseph S Ross. 2012. "Association between physician quality improvement incentives and ambulatory quality measures." *The American journal of managed care* 18 (4) (April): e126–134.
- Born, Patricia, and J Tim Query. 2010. "Health Maintenance Organization (HMO) Performance and Consumer." *Hospital Topics* 82 (1): 2–9.
- Bower, Peter, Sarah Knowles, Peter A Coventry, and Nancy Rowland. 2011. "Counselling for Mental Health and Psychosocial Problems in Primary Care." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001025.pub3/abstract>.
- Bronze, Marta, and Manuel Antunes. 2007. "Centro De Responsabilidade Integrado De Cirurgia Cardiotorácica - Uma Experiência Inovadora De Gestão." *Hospital Do Futuro*. <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=38>.
- Campbell, Stephen M., Ruth McDonald, and Helen Lester. 2008. "The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study." *The Annals of Family Medicine* 6 (3) (May 1): 228–234. doi:10.1370/afm.844.
- Campbell, Stephen M., David Reeves, Evangelos Kontopantelis, Bonnie Sibbald, and Martin Roland. 2009. "Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England." *New England Journal of Medicine* 361 (4): 368–378. doi:10.1056/NEJMsa0807651.

- Car, Josip, Ipek Gurol-Urganci, Thyra de Jongh, Vlasta Vodopivec-Jamsek, and Rifat Atun. 2012. "Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 7: CD007458. doi:10.1002/14651858.CD007458.pub2.
- Chaix-Couturier, Carine, Isabelle Durand-Zaleski, Dominique Jolly, and Pierre Durieux. 2000. "Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues." *International Journal for Quality in Health Care* 12 (2) (April 1): 133–142. doi:10.1093/intqhc/12.2.133.
- Cheng, SH, T Lee, and CC Chen. 2012. "A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes care: evidence from a natural experiment." *Medical care* 50 (2) (February): 109–116. doi:10.1097/MLR.0b013e31822d5d36.
- Cherchiglia, M. L. 2005. "FORMAS DE PAGAMENTO E PRÁTICA MÉDICA: Teoria e Evidências Empíricas." <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/84f7d770e896cbd698175207b1a502eb.pdf>.
- Christianson, Jon B, David J Knutson, and Roger S Mazze. 2006. "Physician Pay-For-Performance: Implementation and Research Issues." *Journal of General Internal Medicine* 21 (Suppl 2) (February): S9–S13. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00356.x.
- Conrad, D A, C Maynard, A Cheadle, S Ramsey, M Marcus-Smith, H Kirz, C A Madden, et al. 1998. "Primary care physician compensation method in medical groups: does it influence the use and cost of health services for enrollees in managed care organizations?" *JAMA: the journal of the American Medical Association* 279 (11) (March 18): 853–858.
- Conrad, Douglas A, Anne Sales, Su-Ying Liang, Anoshua Chaudhuri, Charles Maynard, Lisa Pieper, Laurel Weinstein, David Gans, and Neill Piland. 2002. "The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups." *Health services research* 37 (4) (August): 885–906.
- Costa, C. 2005. "Ajustamento Pelo Risco: Da Conceptualização à Operacionalização." *Revista Portuguesa De Saúde Pública* Temático: 7–38.
- Costa, C., R. Santana, and P. Boto. 2008. "Financiamento Por Capitação Ajustada Pelo Risco: Conceptualização e Aplicação." *Revista Portuguesa De Saúde Pública* Temático: 67–102.
- Crosson, Francis J. 2011. "The Accountable Care Organization: Whatever Its Growing Pains, The Concept Is Too Vitally Important To Fail." *Health Affairs* 30 (7) (July 1): 1250–1255. doi:10.1377/hlthaff.2011.0272.
- Cucciare, Michael A., and William O'Donohue. 2006. "Predicting Future Healthcare Costs: How Well Does Risk-adjustment Work?" *Journal of Health Organization and Management* 20 (2) (March 1): 150–162. doi:10.1108/14777260610661547.
- Curry, Natasha, and Chris Ham. 2010. "Clinical and Service Integration." <http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration>.
- Curtin, Kathleen, Howard Beckman, George Pankow, Yuliya Milillo, and Robert A Green. 2006. "Return on investment in pay for performance: a diabetes case study." *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives* 51 (6) (December): 365–374; discussion 375–376.
- Deckop, J. R., R. Mangel, and C. C. Cirka. 1999. "Research Notes. Getting More Than You Pay For: Organizational Citizenship Bwhavior And Pay-For-Peformance Plans." *Academy of Management Journal* 42 (4) (August 1): 420–428. doi:10.2307/257012.
- Dennis, C L, and D Creedy. 2004. "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (4): CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Durand-Zaleski, Isabelle. 2011. "Financial Incentives in France: From CAPI to Public Health Targets". *Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France*. <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/3f679f521d60c2d902912d9404b0d3.pdf>.
- Ellis, R. P. 2007. "Risk Adjustment in Health Care Markets: Concepts and Applications." http://sws.bu.edu/ellisrp/EllisPapers/2007_Ellis_Riskadjustment25.pdf.

- Elovainio, Riku. 2010. *Performance Incentives for Health in High-income Countries - Key Issues and Lessons Learned*. Background Paper. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ENSP. 2010. "Projecto De Definição De Um Modelo De Acompanhamento Da Actividade Desenvolvida Pelas Unidades Locais De Saúde. Relatório III - Estudo Sobre o Grau De Integração De Organizações De Saúde (EGIOS)." http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/EGIOS_VersFinalAnon_26_10_2010.pdf.
- Ettner, Susan L, Theodore J Thompson, Mark R Stevens, Carol M Mangione, Catherine Kim, W Neil Steers, Jennifer Goewey, Arleen F Brown, Richard S Chung, and K M Venkat Narayan. 2006. "Are Physician Reimbursement Strategies Associated with Processes of Care and Patient Satisfaction for Patients with Diabetes in Managed Care?" *Health Services Research* 41 (4 Pt 1) (August): 1221–1241. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00533.x.
- Fahey, T, K Schroeder, and S Ebrahim. 2006. "Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2): CD005182. doi:10.1002/14651858.CD005182.pub2.
- Felt-Lisk, Suzanne, Gilbert Gimm, and Stephanie Peterson. 2007. "Making pay-for-performance work in Medicaid." *Health affairs (Project Hope)* 26 (4) (August): w516–527. doi:10.1377/hlthaff.26.4.w516.
- Fenn, Paul, Alastair Gray, and Neil Rickman. 2007. "Liability, Insurance and Medical Practice." *J Health Econ* 26: 1057–70.
- Fernandes, J., P. P. Barros, and A. C. Fernandes. 2011. *Três Olhares Sobre o Futuro Da Saúde Em Portugal*. 1ª ed. Cascais: Príncipe Editora.
- Flodgren, Gerd, Katherine Deane, Heather O Dickinson, Sara Kirk, Hugh Alberti, Fiona R Beyer, James G Brown, Tarra L Penney, Carolyn D Summerbell, and Martin P Eccles. 2010. "Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD000984. doi:10.1002/14651858.CD000984.pub2.
- Flodgren, Gerd, Martin P Eccles, Sasha Shepperd, Anthony Scott, Elena Parmelli, and Fiona R Beyer. 2011. "An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (7): CD009255. doi:10.1002/14651858.CD009255.
- Freeborn, Donald K. 2001. "Satisfaction, Commitment, and Psychological Well-being Among HMO Physicians." *Western Journal of Medicine* 174 (1) (January): 13–18.
- Gagnon, Marie-Pierre, France Légaré, Michel Labrecque, Pierre Frémont, Pierre Pluye, Johanne Gagnon, Josip Car, et al. 2009. "Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (1): CD006093. doi:10.1002/14651858.CD006093.pub2.
- Girardi, N., C. L. Carvalho, and L. G. Girardi. 2007. "Modalidades De Contratação e Remuneração Do Trabalho Médico: Os Conceitos e Evidências Internacionais." <http://www.atencao basica.org.br/comunidades/acesso-e-qualidade-na-atencao-basica/acervo/remuneracao-por-desempenho-dialogo-online/materiais-de-apoio/modalidades-de-contratacao-e-remuneracao-do-trabalho-medico-os-conceitos-e-evidencias-internacionais/view>.
- Glass, K P, L E Pieper, and M F Berlin. 1999. "Incentive-based physician compensation models." *The Journal of ambulatory care management* 22 (3) (July): 36–46.
- Glasziou, P. P., H. Buchan, C. Del Mar, J. Doust, M. Harris, R. Knight, A. Scott, I. A. Scott, and A. Stockwell. 2012. "When Financial Incentives Do More Good Than Harm: a Checklist." *BMJ* 345 (aug13 2) (August 14): e5047–e5047. doi:10.1136/bmj.e5047.
- Global Health Workforce Alliance. 2008. *Guidelines: Incentives For Health Professionals*. World Health Organization.
- Gosden, T, F Forland, I S Kristiansen, M Sutton, B Leese, A Giuffrida, M Sergison, and L Pedersen. 2000. "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD002215. doi:10.1002/14651858.CD002215.

- Gosden, T, B Sibbald, J Williams, R Petchey, and B Leese. 2003. "Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England." *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 64 (3) (June): 415–423.
- Gosfield, Alice G. 2006. "PROMETHEUS payment: better for patients, better for physicians." *The Journal of medical practice management: MPM* 22 (2) (October): 100–104.
- . 2007. "The Prometheus Payment Program: A Legal Blueprint." http://www.hci3.org/sites/default/files/files/PrometheusPayment2_0.pdf.
- De Groot, H A, L J Burke, and V M George. 1998. "Implementing the differentiated pay structure model. Process and outcomes." *The Journal of nursing administration* 28 (5) (May): 28–38.
- Grumbach, Kevin, Dennis Osmond, Karen Vranizan, Deborah Jaffe, and Andrew B. Bindman. 1998. "Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems." *New England Journal of Medicine* 339 (21): 1516–1521. doi:10.1056/NEJM199811193392106.
- Grytten, J, and R Sørensen. 2001. "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway." *Journal of health economics* 20 (3) (May): 379–393.
- Harvard Business School. 1999. "Note on Physician Compensation and Financial Incentives." http://hbr.org/product/a/an/699151-PDF-ENG?cm_sp=doi_-_case_-_699151-PDF-ENG&referral=00103.
- Health and Social Care Information Centre. 2012. *Quality and Outcomes Framework, Achievement, Prevalence and Exceptions Data, 2011/12*. NHS.
- Hellinger, Fred J. 1996. "The Impact of Financial Incentives on Physician Behavior in Managed Care Plans: A Review of the Evidence." *Medical Care Research and Review* 53 (3) (September 1): 294–314. doi:10.1177/107755879605300305.
- Herck, Pieter Van, Delphine De Smedt, Lieven Annemans, Roy Remmen, Meredith B. Rosenthal, and Walter Sermeus. 2010. "Systematic Review: Effects, Design Choices, and Context of Pay-for-performance in Health Care." *BMC Health Services Research* 10 (1) (August 23): 247. doi:10.1186/1472-6963-10-247.
- Hillman, A L, K Ripley, N Goldfarb, I Nuamah, J Weiner, and E Lusk. 1998. "Physician Financial Incentives and Feedback: Failure to Increase Cancer Screening in Medicaid Managed Care." *American Journal of Public Health* 88 (11) (November): 1699–1701.
- Hillman, A L, K Ripley, N Goldfarb, J Weiner, I Nuamah, and E Lusk. 1999. "The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care." *Pediatrics* 104 (4 Pt 1) (October): 931–935.
- Iversen, T, and H Lurås. 2000. "The effect of capitation on GPs' referral decisions." *Health economics* 9 (3) (April): 199–210.
- Kao, A C, D C Green, A M Zaslavsky, J P Koplan, and P D Cleary. 1998. "The relationship between method of physician payment and patient trust." *JAMA: the journal of the American Medical Association* 280 (19) (November 18): 1708–1714.
- Khunpradit, Suthit, Emma Tavender, Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon, Jason Wasiak, and Russell L Gruen. 2011a. "Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (6): CD005528. doi:10.1002/14651858.CD005528.pub2.
- . 2011b. "Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (6): CD005528. doi:10.1002/14651858.CD005528.pub2.
- Kim, Catherine, W. Neil Steers, William H. Herman, Carol M. Mangione, K. M. Venkat Narayan, and Susan L. Ettner. 2007. "Physician Compensation from Salary and Quality of Diabetes Care." *Journal of General Internal Medicine* 22 (4) (April): 448–452. doi:10.1007/s11606-007-0124-5.
- Landon, Bruce E, James D Reschovsky, A James O'Malley, Hoangmai H Pham, and Jack Hadley. 2011. "The relationship between physician compensation strategies and the intensity of care delivered to Medicare beneficiaries." *Health services research* 46 (6pt1) (December): 1863–1882. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01294.x.
- Larson, Bridget K., Aricca D. Van Citters, Sara A. Kreindler, Kathleen L. Carluzzo, Josette N. Gbemudu, Frances M. Wu, Eugene C. Nelson, Stephen M. Shortell, and Elliott S. Fisher. 2012. "Insights From

- Transformations Under Way At Four Brookings-Dartmouth Accountable Care Organization Pilot Sites." *Health Affairs* 31 (11) (November 1): 2395–2406. doi:10.1377/hlthaff.2011.1219.
- Leatt, Peggy, George Pink, and Michael Guerriere. 2000. "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare." *HealthcarePapers* 1 (2) (March 15): 13–35. doi:10.12927/hcpap..17216.
- Lewandowski, Steven, Patrick J O'Connor, Leif I Solberg, Thomas Lais, Mary Hroschikoski, and JoAnn M Sperl-Hillen. 2006. "Increasing primary care physician productivity: A case study." *The American journal of managed care* 12 (10) (October): 573–576.
- Liu, Zingzhu, and John C. Langenbrunner. 2004. *How to Pay? Understanding and Using Incentives*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2004/09/5643905/pay-understanding-using-incentives>.
- Llanos, Karen, Joanie Rothstein, Mary Dyer, and Michael Bailit. 2007. "Physician Pay-for-Performance in Medicaid: A Guide for States". Centre for Health Care Strategies. http://www.chcs.org/publications3960/publications_show.htm?doc_id=471272.
- Lowell, Kristina, and John Bertko. 2010. "The Accountable Care Organization (ACO) Model: Building Blocks for Success." *Journal of Ambulatory Care Management Payment Reform* 33 (1): 81–88. doi:10.1097/JAC.0b013e3181c9fb12.
- Luft, Harold S. 2003. "Variations in Patterns of Care and Outcomes After Acute Myocardial Infarction for Medicare Beneficiaries in Fee-for-Service and HMO Settings." *Health Services Research* 38 (4) (August): 1065–1079. doi:10.1111/1475-6773.00163.
- McLean, Susannah, David Chandler, Ulugbek Nigmatov, Joseph Liu, Claudia Pagliari, Josip Car, and Aziz Sheikh. 2010. "Telehealthcare for asthma." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (10): CD007717. doi:10.1002/14651858.CD007717.pub2.
- Medicare Australia. 2011. *Practice Incentives Program: Guidelines - August 2011*. Australian Government.
- Mehrotra, Ateev, Steven D Pearson, Kathryn L Coltin, Ken P Kleinman, Janice A Singer, Barbra Rabson, and Eric C Schneider. 2007. "The response of physician groups to P4P incentives." *The American journal of managed care* 13 (5) (May): 249–255.
- Merkur, S., and E. Mossialos. 2006. "Incentives and Payment Systems for Physicians in Selected Countries with a Special Focus on the Austrian Situation: Chapter 1: International Experience". London School of Economics and Political Science.
- Miller, Robert H., and Harold S. Luft. 2002. "HMO Plan Performance Update: An Analysis Of The Literature, 1997–2001." *Health Affairs* 21 (4) (July 1): 63–86. doi:10.1377/hlthaff.21.4.63.
- Millet, C, J Gray, S Saxena, and A Majeed. 2007. "Impact of a Pay-for-performance Incentive on Support for Smoking Cessation and on Smoking Prevalence Among People with Diabetes." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne* 12 (176): 1705–10.
- Moore, H, C Summerbell, L Hooper, K Cruickshank, A Vyas, P Johnstone, V Ashton, and P Kopelman. 2004. "Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD004097. doi:10.1002/14651858.CD004097.pub3.
- Müller-Riemenschneider, F., T. Reinhold, and S. N. Willich. 2009. "Cost-effectiveness of Interventions Promoting Physical Activity." *British Journal of Sports Medicine* 43 (1) (January 1): 70–76. doi:10.1136/bjsm.2008.053728.
- Nagy, B., and Á. Brandtmüller. 2009. "Implementing Risk Adjusted Capitation Payments with Health Care Reforms in Hungary." http://balazsnagy.hu/downloads/Nagy_balazs_brandtmuller_agnes.pdf.
- Natário, A., and J. C. Amaral. 2011. *Actuais e Futuras Necessidades Previsionais De Médicos (SNS)*. ACSS.
- OCDE. 2010. "More Detailed Case Studies: Australia, United Kingdom, France." http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/305499-1109933291285/767611-1303891645727/P4P_case_studies_ENG.pdf.
- OECD. 2012. "Health at a Glance: Europe 2012." <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>.
- Ogrod, Eugene S. 1997. "Perspective: Compensation And Quality: A Physician's View." *Health Affairs* 16 (3) (May 1): 82–86. doi:10.1377/hlthaff.16.3.82.

- Opoku, A. M. 2010. "Effects of Physician Payment Methods : A Descriptive Study of the Situation in Norway, UK. Ghana." Universidade de Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30221/Master-Opoku-m-forside.pdf?sequence=1>.
- Petersen, Laura A., LeChauncy D. Woodard, Tracy Urech, Christina Daw, and Supicha Sookanan. 2006. "Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?" *Annals of Internal Medicine* 145 (4) (August 15): 265–272. doi:10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00006.
- Pourat, Nadereh, Gerald Kominski, Dylan Roby, and Meghan Cameron. 2007. "Physician perceptions of access to quality care in California's workers' compensation system." *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 49 (6) (June): 618–625. doi:10.1097/JOM.0b013e318074bb57.
- Prendergast, Canice. 1999. "The Provision of Incentives in Firms." *Journal of Economic Literature* 37 (1) (March): 7–63. doi:10.1257/jel.37.1.7.
- Puelles, Pedro Gallo de, and Joan Gené Badia. 2004. "Retribución Variable Vinculada a La Calidad Asistencial." *Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia y Comunitaria* 34 (4): 198–201.
- Reda, S, and S Makhoul. 2001. "Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2): CD002085. doi:10.1002/14651858.CD002085.
- Reschovsky, James D, Jack Hadley, and Bruce E Landon. 2006. "Effects of compensation methods and physician group structure on physicians' perceived incentives to alter services to patients." *Health services research* 41 (4 Pt 1) (August): 1200–1220. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00531.x.
- Rice, N., and P. Smith. 1999. "Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey". The Publications Office, Centre for Health Economics, University of York. <http://www.york.ac.uk/che/pdf/op38.pdf>.
- Robinson, James C, Lawrence P Casalino, Robin R Gillies, Diane R Rittenhouse, Stephen S Shortell, and Sara Fernandes-Taylor. 2009. "Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology." *Medical care* 47 (4) (April): 411–417. doi:10.1097/MLR.0b013e31818d7746.
- Robinson, James C, Stephen M Shortell, Rui Li, Lawrence P Casalino, and Thomas Rundall. 2004. "The Alignment and Blending of Payment Incentives Within Physician Organizations." *Health Services Research* 39 (5) (October): 1589–1606. doi:10.1111/j.1475-6773.2004.00305.x.
- Robinson, James C. 2001. "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives." *The Milbank Quarterly* 79 (2) (June): 149–177. doi:10.1111/1468-0009.00202.
- Rodenburg, Helen, Valerie Bos, Cathy O'Malley, Peter McGeorge, Tom Love, and Anthony Dowell. 2004. "General Practice care of enduring mental health problems: an evaluation of the Wellington Mental Health Liaison Service." *The New Zealand medical journal* 117 (1202) (September 24): U1077.
- Rodriguez, Hector P., Ted von Glahn, Marc N. Elliott, William H. Rogers, and Dana Gelb Safran. 2009. "The Effect of Performance-Based Financial Incentives on Improving Patient Care Experiences: A Statewide Evaluation." *Journal of General Internal Medicine* 24 (12) (December): 1281–1288. doi:10.1007/s11606-009-1122-6.
- Rosenthal MB, Frank RG. 2005. "Early Experience with Pay-for-performance: From Concept to Practice." *JAMA* 294 (14) (October 12): 1788–1793. doi:10.1001/jama.294.14.1788.
- Rosenthal, Meredith B. 2008. "Beyond Pay for Performance — Emerging Models of Provider-Payment Reform." *New England Journal of Medicine* 359 (12): 1197–1200. doi:10.1056/NEJMp0804658.
- Rosenthal, Meredith B., Richard G. Frank, Joan L. Buchanan, and Arnold M. Epstein. 2002. "Transmission Of Financial Incentives To Physicians By Intermediary Organizations In California." *Health Affairs* 21 (4) (July 1): 197–205. doi:10.1377/hlthaff.21.4.197.
- Rosenthal, Meredith B., Bruce E. Landon, Katherine Howitt, HyunSook Ryu Song, and Arnold M. Epstein. 2007. "Climbing Up The Pay-For-Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters Now?" *Health Affairs* 26 (6) (November 1): 1674–1682. doi:10.1377/hlthaff.26.6.1674.
- Santana, R. 2012. "O Financiamento e a Integração Vertical De Cuidados."

- Santana, R., and C. Costa. 2008. "A Integração Vertical De Cuidados De Saúde : Aspectos Conceptuais e Organizacionais." *Revista Portuguesa De Saúde Pública* Temático: 29–56.
- Santana, R., C. Costa, P. Marques, and S. Lopes. 2009. "Definição De Um Modelo De Acompanhamento Da Actividade Desenvolvida Pelas Unidades Locais De Saúde e Monitorização Da Modalidade De Pagamento Aplicada Às Unidades Locais De Saúde Em 2009." <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20I%20Revis%C3%A3o%20de%20Literatura.pdf>.
- Scanlon, Dennis P., Shailender Swaminathan, Michael Chernew, James E. Bost, and John MSM Shevock. 2005. "Competition and Health Plan Performance: Evidence from Health Maintenance Organization Insurance Markets." *Medical Care* April 2005 43 (4): 338–346.
- Scott, Anthony, Peter Sivey, Driss Ait Ouakrim, Lisa Willenberg, Lucio Naccarella, John Furler, and Doris Young. 2011. "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (9): CD008451. doi:10.1002/14651858.CD008451.pub2.
- Shankaran, Veena, Thanh Ha Luu, Narissa Nonzee, Elizabeth Richey, June M McKoy, Joshua Graff Zivin, Alfred Ashford, et al. 2009. "Costs and cost effectiveness of a health care provider-directed intervention to promote colorectal cancer screening." *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 27 (32) (November 10): 5370–5375. doi:10.1200/JCO.2008.20.6458.
- Shi, Ge, Tao Wu, and Wei-Guo Xu. 2011. "A survey on the attitudes of doctors towards health insurance payment in the medical consortium." *Chinese medical journal* 124 (2) (January): 223–226.
- Song, Zirui, Dana Gelb Safran, Bruce E. Landon, Yulei He, Randall P. Ellis, Robert E. Mechanic, Matthew P. Day, and Michael E. Chernew. 2011. "Health Care Spending and Quality in Year 1 of the Alternative Quality Contract." *New England Journal of Medicine* 365 (10): 909–918. doi:10.1056/NEJMsa1101416.
- Sørensen, Rune J, and Jostein Grytten. 2003. "Service production and contract choice in primary physician services." *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 66 (1) (October): 73–93.
- Spinelli, RJ, and JM Fromknecht. 2007. "Pay for Performance: Improving Quality Care." *The Health Care Manager* 26 (2): 128–37. doi:10.1097/01.HCM.0000268615.48738.9d.
- Stead, L F, R Perera, and T Lancaster. 2006. "Telephone counselling for smoking cessation." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Stowell, Susan. 2012. "Physician Compensation Models for the Current Environment". Stroudwater Associates.
- Sturm, Heidrun, Astrid Austvoll-Dahlgren, Morten Aaserud, Andrew D Oxman, Craig R Ramsay, Åsa Vernby, and Jan Peter Kösters. 2007. "Pharmaceutical Policies: Effects of Financial Incentives for Prescribers." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006731/abstract>.
- Sturm, Roland. 2002. "Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care." *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 15 (5) (October): 367–377.
- Tu, Karen, Karen Cauch-Dudek, and Zhongliang Chen. 2009. "Comparison of Primary Care Physician Payment Models in the Management of Hypertension." *Canadian Family Physician* 55 (7) (July): 719–727.
- Tufano, J, D A Conrad, A Sales, C Maynard, J Noren, E Kezirian, K G Schellhase, and S Y Liang. 2001. "Effects of compensation method on physician behaviors." *The American journal of managed care* 7 (4) (April): 363–373.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. 2011. *Unidade Local De Saúde Do Baixo Alentejo. Relatório e Contas 2010*.
- Vargas, Veronica, and Juergen Wasem. 2006. "Risk adjustment and primary health care in Chile." *Croatian medical journal* 47 (3) (June): 459–468.
- Vermeire, E, J Wens, P Van Royen, Y Biot, H Hearnshaw, and A Lindenmeyer. 2005. "Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus." *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2): CD003638. doi:10.1002/14651858.CD003638.pub2.

- Walker, Simon, Anne R Mason, Karl Claxton, Richard Cookson, Elisabeth Fenwick, Robert Fleetcroft, and Mark Sculpher. 2010. "Value for Money and the Quality and Outcomes Framework in Primary Care in the UK NHS." *British Journal of General Practice* 60 (574) (May 1): 213–220. doi:10.3399/bjgp10X501859.
- Whalley, Diane, Hugh Gravelle, and Bonnie Sibbald. 2008. "Effect of the New Contract on GPs' Working Lives and Perceptions of Quality of Care: a Longitudinal Survey." *The British Journal of General Practice* 58 (546) (January 1): 8–14. doi:10.3399/bjgp08X263758.
- WHO. 2008. "INTEGRATED HEALTH SERVICES – WHAT AND WHY?" http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf.
- Wilson, B. 2011. "Physician Compensation: How to Align Compensation with the Needs of Your Medical Group." *PhysicianRx*.
- Wranik, Dominika W, and Martine Durier-Copp. 2010. "Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned." *Health care analysis: HCA: journal of health philosophy and policy* 18 (1) (March): 35–59. doi:10.1007/s10728-008-0105-9.
- Xakellis, G C, R A Frantz, A Lewis, and P Harvey. 2001. "Translating pressure ulcer guidelines into practice: it's harder than it sounds." *Advances in skin & wound care* 14 (5) (October): 249–256, 258.
- Yan, C., J. Kingston-Riechers, and A. Chuck. 2009. *IHE Report: Financial Incentives to Physician Practices A Literature Review of Evaluations of Physician Remuneration Models*. Institute of Health Economics. <http://www.ihe.ca/documents/ARP%20literature%20review%20March%2019-09.pdf>.

X. ANEXOS

Anexo I. Síntese da evidência de literatura na análise comparativa entre modelos de incentivos com diferentes unidades de pagamento

Área e título do estudo	Objectivo	Métodos e estrutura do Estudo	Principais Resultados
<i>Estudos de <u>Revisão de Literatura</u> (por ordem cronológica)</i>			
<u>Revisão sistemática de literatura:</u> 1. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. (Scott et al. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> Examinar o efeito dos modelos de incentivos na qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos médicos de Cuidados Primários de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> País: N/A; Revisão sistemática de literatura, com base em 7 estudos: 3 ao nível da cessação tabágica; 3 ao nível da prevenção e rastreio de cuidados de saúde; 1 ao nível da prestação de cuidados de saúde a doentes diabético; Dimensões: Qualidade; Acessibilidade; Eficiência; Indicadores: de processo e de resultado; Limitação: Risco de enviesamento devido à pobre construção dos 7 estudos considerados. 	<ul style="list-style-type: none"> 6 dos 7 estudos apresentam resultados positivos (mas moderados) ao nível da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos médicos de Cuidados Primários de Saúde; Os estudos devem apresentar uma maior descrição do fluxo e estrutura de fluxos de incentivos, a par da sua magnitude (i.e. % dos incentivos sobre o nível dos rendimentos).
<u>Revisão sistemática de literatura:</u> 2. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. (Flodgren et al. 2011)	<ul style="list-style-type: none"> Examinar o impacto dos incentivos financeiros nos comportamentos dos profissionais de saúde e nos indicadores de resultado ao nível dos doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> País: N/A; Revisão sistemática de literatura, com base nas seguintes bases de dados: the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (The Cochrane Library); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); TRIP; MEDLINE; EMBASE; Science Citation Index; Social Science Citation Index; NHS EED, HEED; EconLit; and Program in Policy Decision-Making (PPd). Foram incluídos 4 artigos de revisão contendo 32 estudos. Dimensões: Qualidade; Eficiência; Indicadores: de processo e de resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> O pagamento por um determinado período temporal (i.e. salário) é geralmente inefectivo, melhorando 3 dos 11 (27%) indicadores de um estudo; O pagamento por serviço ou acto é geralmente efectivo, melhorando 7 dos 10 (70%) indicadores de cinco estudos; O pagamento por capita é geralmente efectivo, melhorando 48 dos 69 (70%) indicadores reportados por 13 estudos; O pagamento por desempenho é geralmente efectivo, melhorando 17 dos 20 (85%) dos indicadores reportados em 10 estudos; A título de conclusão, refere-se que os incentivos financeiros podem ser efectivos na alteração da prática dos profissionais de saúde.
<u>Revisão sistemática de literatura:</u> 3. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a efectividade e custo-efectividade de aconselhamento de doentes com doença mental no contexto do pagamento pela 	<ul style="list-style-type: none"> País: Reino Unido; Revisão sistemática de literatura de ensaios clínicos, com base nas seguintes bases de dados: : the Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis (CCDAN) trials registers, Medline, Embase, PsycINFO and the Cochrane Central Register of 	<ul style="list-style-type: none"> O acompanhamento de utentes com doença mental e/ou problemas de índole social aumentou o nível de satisfação do utente. Esta situação traduz-se ainda, no curto prazo, num aumento da qualidade dos cuidados prestados. Contudo, no longo prazo, esta tendência não se mantém. Ao nível da eficiência, embora dos custos introduzidos ao nível

care.(Bower et al. 2011)	produção.	Controlled Trials. Foram incluídos 16 estudos. ▪ Dimensões: Qualidade; Eficiência; ▪ Indicadores: de processo e de resultado.	dos incentivos dos profissionais de saúde, verifica-se um potencial redução dos níveis de utilização de cuidados de saúde. No entanto, esta intervenção não parece promover uma redução dos custos totais na perspectiva do sistema de saúde.
4. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. (Khunpradit et al. 2011a)	▪ Avaliar a efectividade de medidas no contexto do pagamento pela produção e desempenho que visem a redução do número de cesarianas desnecessárias.	▪ País: N/A; ▪ Revisão sistemática de literature de ensaios clínicos, com base, entre outras, nas seguintes bases de dados: the Cochrane Collaboration Depression, Medline, Embase. Foram incluídos 9 ensaios clínicos, envolvendo 1.834 doentes. ▪ Dimensões: Qualidade; Eficiência e Satisfação do utente; ▪ Indicadores: de processo e de resultado.	▪ A implementação de guidelines com a obtenção obrigatória de uma segunda opinião médica permitiu uma moderada redução da taxa de cesarianas desnecessárias; ▪ Em adição, a realização por parte de enfermeiros especializados de sessões pré-parto em utentes com gravidez de reduzido risco potencia a redução do número de cesarianas desnecessárias.
<u>Revisão de literatura:</u> 5. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. (Herck et al. 2010)	▪ Analisar o impacto da estrutura do modelo de incentivos de pagamento por desempenho e do contexto de saúde na prestação de cuidados de saúde.	▪ País: N/A; ▪ Revisão de literatura (128 artigos preencheram os critérios de inclusão definidos); ▪ Dimensões: Qualidade; Acessibilidade; Eficiência; ▪ Indicadores: de processo e de resultado, variável sobretudo em função da natureza e da origem dos estudos.	▪ Verificou-se a existência de informação – embora com reservas – em torno do impacto em diversas dimensões : 1) <u>qualidade</u> dos cuidados, designadamente da efectividade - nível médio de melhoria de 5%; 2) <u>acessibilidade</u> - não apresentou efeitos negativos ao nível da equidade e acessibilidade (evidência do Reino Unido apenas); 3) <u>eficiência</u> (custo-efectividade) – evidência mista, com a maioria dos estudos – com diversas limitações - a apontar resultados positivos; ▪ No que respeita à estrutura do modelo : 1) a adopção de <u>indicadores</u> de processo apresenta evidência positiva face aos indicadores de resultados finais; 2) existe insuficiente evidência em torno do fenómeno de <u>gaming</u> ; 3) o mecanismo de incentivo <u>individual</u> (i.e. não competitivo) apresenta melhores resultados (embora com reservas de análise devido a limitações) e existência de evidência positiva quanto ao mecanismo de incentivo <u>nominal e de melhoria contínua</u> ; 4) não há evidência de associação entre a <u>magnitude do incentivo</u> e os resultados registados (evidência mista); 5) impacto positivo em torno dos programas destinados ao profissional individual ou a grupo de profissionais (e.g. equipa); ▪ Em relação ao contexto do sistema de saúde: 1) modelos de <u>carácter nacional</u> (e.g. Reino Unido, Austrália) apresentaram resultados mais uniformes face a modelos fragmentados (como sucede nos EUA); 2) características do prestador, designadamente aspectos do modelo de governação; 3) características do utente, como a cooperação e adesão a

			<p>terapêuticas também podem introduzir enviesamentos (e.g. ao nível da taxa de sucesso de um programa de tabagismo);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em suma, o impacto dos diferentes modelos de incentivo de desempenho é variável em função do da respectiva estrutura e do contexto específico em que são implementados.
<p><u>Revisão de literatura:</u> 6. Telehealthcare for asthma. (McLean et al. 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a efectividade de intervenções de telemedicina em doentes com asma mediante a atribuição de incentivos baseados na produção (i.e. pagamento pelo acto). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: N/A; ▪ Revisão de literatura, recorrendo às principais bases de dados (e.g. Medline, Embase, Cinahl). 21 estudos foram incluídos para revisão. ▪ Dimensões: particular ênfase na eficiência, e qualidade; ▪ Indicadores: processo e resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uma meta-análise evidenciou que a intervenção não produziu melhorias clinicamente relevantes na qualidade de vida de doentes com asma. Contudo, verificou-se uma redução – estatisticamente significativa – no número de internamentos nos 12 meses posteriores, em particular ao nível de doentes com maior severidade de doença; ▪ Em conclusão, a aposta em intervenções de telemedicina em doentes asmáticas contribui para a eficiência do sistema.
<p><u>Revisão de literatura:</u> 7. Pay for performance: improving quality care. (Spinelli and Fromknecht 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar a evidência empírica - de forma sistemática - em torno do impacto dos modelos de incentivo baseados no pagamento por desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: N/A; ▪ Revisão de literatura; ▪ Dimensões: particular ênfase na eficiência, e qualidade; ▪ Indicadores: N/A. ▪ <u>Limitação:</u> revisão eminentemente qualitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de evidência mista sobre o impacto da construção de modelos de incentivo, particularmente dependentes do contexto específico e da estrutura associada a cada modelo. ▪ No entanto, os modelos de incentivo baseados na performance apresentam potencial para simultaneamente melhorar a qualidade dos cuidados prestados e suportar o processo de contenção de custos (i.e. aumentar a eficiência).
<p><u>Revisão de literatura:</u> 8. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. (H. Sturm et al. 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o impacto na utilização de medicamentos e cuidados de saúde, bem como os respectivos custos, decorrente de modelos de incentivos aos médicos prescritores de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido, Irlanda e Alemanha; ▪ Revisão de literatura ao nível de diversos sítios de internet e diversas bases de dados, com particular relevo para a Medline e Embase; ▪ Dimensões: eficiência; ▪ Indicadores: de processo e de resultado. ▪ <u>Limitação:</u> estudos revistos apresentavam limitações ao nível da sua metodologia. Por conseguinte, os resultados devem ser interpretados com precaução. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A evidência analisada indica o aumento da utilização de medicamentos genéricos, sendo inconclusivo sobre o controlo de medicamentos novos e mais dispendiosos; ▪ Não se verificou a existência de aumento dos níveis de utilização de cuidados de saúde ou evidência em torno da melhoria dos cuidados de saúde; ▪ Nenhum estudo de pagamento por performance aos médicos prescritores cumpriu os critérios de inclusão definidos.
<p><u>Revisão de literatura:</u> 9. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? (Petersen et al. 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar a evidência empírica - de forma sistemática - em torno do impacto dos incentivos financeiros nos índices de qualidade dos cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: N/A; ▪ Revisão sistemática de literatura de estudos empíricos com recurso a motores de pesquisa (Pubmed); ▪ Dimensões: Particular ênfase na eficiência, acessibilidade e qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidência mista do impacto dos incentivos financeiros nos níveis de acessibilidade (1 estudo encontrou resultados positivos e outro negativos); ▪ Evidencia global positiva do impacto dos incentivos financeiros nos indicadores de qualidade (em 5 dos 6 estudos de incentivos individuais e 7 dos 9 estudos de incentivos de grupo);

		<ul style="list-style-type: none"> Indicadores: sobretudo de processo (13 dos 17 estudos identificados) e resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente número/qualidade dos estudos, devendo apostar-se na monitorização de programas de incentivo para efeitos de análise da sua custo-efectividade.
<u>Revisão de literatura:</u> 10. The effect of explicit financial incentives on Physician Behavior. (Armour et al. 2001)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o impacto do tipo de incentivos nos comportamentos dos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> País: N/A; Revisão de literatura; Dimensões: Diversas dimensões, com especial foco na qualidade e eficiência; Indicadores: de processo (e.g. nível de utilização de cuidados, designadamente de consultas externas). 	<ul style="list-style-type: none"> Escassez de estudos empíricos; Efectividade do pagamento de bónus de desempenho decorrente da qualidade e utilização de cuidados (leia-se eficiência) é variável; Há um reduzido nível de compreensão dos efeitos dos modelos de incentivos em função da opacidade da sua estrutura na perspectiva da organização e dos médicos; A variabilidade entre estudos na utilização da dimensão qualidade dificulta a realização de estudos comparativos.
<u>Revisão de Literatura:</u> 11. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. (Chaix-Couturier et al. 2000)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o impacto de modelo de incentivos na prática assistencial dos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> País: N/A; Utilização de bases de dados (e.g. Medline, Pubmed). Consideração de diversos factores de confundimento, como a idade do médico, especialidade, tipo e severidade da doença ou o tipo de seguro; Dimensões: Qualidade; Eficiência; Acessibilidade; Indicadores: de processo (e.g. volume de prescrições por médico) e resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> A utilização de modelos de incentivo baseados na capitação apresenta uma redução entre 0-24% do nível de prescrições e de 80% dos internamentos gerados em comparação com modelo de incentivos baseado no pagamento por acto. Os médicos salarizados apresentam – face aos profissionais em regime de pagamento por acto - menores taxas de referência e de actos por utente. Parece haver uma tendência, de acordo com a teoria do rendimento alvo, dos médicos salarizados trocarem incentivos financeiros por tempo de lazer; Os resultados decorrem de estudos com diversos factores de confundimento e limitações metodológicas. No entanto, verifica-se a preocupação de proceder à remoção de diversos factores de confundimento com recurso a ferramentas estatísticas.
<u>Revisão de Literatura:</u> 12. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. (Gosden et al. 2000)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o impacto das diferentes unidades de pagamento aos médicos de Cuidados Primários e o respectivo impacto no seu comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> País: N/A; Revisão sistemática de literatura recorrendo a diversas bases de dados (e.g. Medline, Pubmed, EconLit). Um total de 4 estudos preencheu os critérios de inclusão; Dimensões: Qualidade; Eficiência; Acessibilidade; Indicadores: de processo (e.g. volume de prescrições por médico) e resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe evidência que a unidade de pagamento afecta o comportamento dos médicos de cuidados primários de saúde. Contudo, a sua generalização não é possível; Os 4 estudos analisados evidenciavam numa maior utilização de cuidados de saúde no cenário de médicos pagos em função da produção (e.g. pagamento por acto). Contudo, os níveis de satisfação dos doentes eram inferiores aos verificados ao nível dos médicos pagos por salário.

<u>Revisão de literatura:</u> 13. The impact of financial incentives on Physician Behavior in Managed Care Plans: A review of evidence. (Hellinger 1996)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do tipo de incentivos nos comportamentos dos médicos em contexto de integração vertical de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: N/A; ▪ Revisão de literatura (incluindo estudos experimentais, anteriores a 1985); ▪ Dimensões: Qualidade e eficiência; ▪ Indicadores: de processo (e.g. nível de utilização de cuidados, designadamente de consultas externas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escassez de estudos empíricos, com existência de variáveis não especificadas que introduzem enviesamento (e.g. inexistência de ajustamento pelo risco com base nos utentes, médicos e a própria natureza do mercado e do sistema de saúde). ▪ Apesar de não definitivas, as conclusões do estudo apontam os incentivos financeiros como um elemento chave na determinação dos níveis de utilização de cuidados em contexto de integração vertical.
<i>Estudos de Caso Específicos (ordenados por ordem cronológica)</i>			
<u>Pagamento por desempenho:</u> 14. A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes care: evidence from a natural experiment. (Cheng, Lee, and Chen 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o impacto de modelos de incentivos baseados no desempenho no tratamento de doentes com diabetes. Este modelo apresenta a originalidade de se centrar no pagamento de incentivos ao doente (i.e. e não nos profissionais). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Taiwan; ▪ Estudo prospectivo durante 4 anos comparando o grupo de intervenção (i.e. doentes com modelo de incentivos) ao grupo de controlo (i.e. sem modelo de incentivos); ▪ Dimensões: Qualidade, eficiência; ▪ Indicadores: de processo e de resultado; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O programa de incentivos atingiu o objectivo de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, bem como o nível de custos a longo prazo; ▪ Os indicadores de processo (i.e. número de consultas de acompanhamento) melhoraram de forma estatisticamente significativa. No entanto, o benefício das medidas esbateu-se ao longo do tempo; ▪ Ao nível dos indicadores de resultado na dimensão eficiência (e.g. custo por doente diabético) verificou-se um aumento no primeiro ano e uma redução nos anos subsequentes.
<u>Pagamento por desempenho:</u> 15. Association Between Physician Quality Improvement Incentives and Ambulatory Quality Measures. (Bishop, Federman, and Ross 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Validar a hipótese de ligação entre os programas de incentivo dos médicos à melhoria da qualidade e 12 indicadores de qualidade assistencial na área de ambulatório. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Estudo transversal com recurso ao Inquérito Nacional de Cuidados de Ambulatório. Ajustamento pelo risco com base nas características dos utentes (e.g. idade, sexo, doenças crónicas); ▪ Dimensões: Qualidade, satisfação do utente; ▪ Indicadores: 11 de processo e 1 de resultado. Com particular foco em utentes com doença crónica; ▪ <u>Limitação:</u> os 12 indicadores seleccionados (os disponíveis publicamente para a globalidade dos centros) podem não apresentar relação com as variáveis consideradas nos respectivos modelos de incentivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 20% dos médicos em cuidados de ambulatório apresentavam um modelo de incentivo associado à qualidade dos cuidados; ▪ Não se verificou a existência de associação estatisticamente significativa entre o pagamento por desempenho de qualidade e a efectiva qualidade dos cuidados prestados. As potenciais explicações para o supracitado foram, de acordo com os autores: 1) os incentivos tinham uma magnitude insuficiente; 2) falta de cooperação e envolvimento dos médicos, em desacordo para o painel de 12 indicadores. ▪ A limitação apontada a este estudo pode ser uma importante justificação dos resultados encontrados; ▪ Elevada variabilidade nos resultados de qualidade para os 12 indicadores seleccionados.
16. The relationship between physician	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Validar a hipótese de ligação entre os 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América – sistema Medicare; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os 2.211 médicos considerados trataram cerca de 252 mil

compensation strategies and the intensity of care delivered to Medicare beneficiaries. (Landon et al. 2011)	programas de incentivo dos médicos de cuidados primários na despesa total de saúde por utente e nos níveis de intensidade de cuidados prestados.	<ul style="list-style-type: none"> Estudo com recurso a 1) Inquérito Nacional de Médicos; e 2) bases de dados da Medicare com os níveis de utilização por utente e médicos previamente considerados em 1). Utilização de diversas variáveis de ajustamento pelo risco, designadamente variáveis de controlo do utente e médico; Dimensões: Eficiência; Indicadores: de processo (e.g. nível de utilização por médico) e de resultado (e.g. despesa por médico em função do tipo de modelo de incentivo) 	<p>utentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> A despesa total por utente é inferior nos médicos com modelo de incentivo baseado no salário ou em valores de capita. Nestes últimos, os níveis de despesa por utente são os mais baixos (cerca de 4,1% inferior aos médicos salarizados). Utentes consignados a médicos com modelo de incentivo baseado total ou parcialmente na produtividade (pag. por acto) apresentam os valores de custos – estatisticamente significativos - mais elevados. Os médicos com um modelo de incentivo baseado apenas na produtividade apresentam cerca de 11% de custos mais elevados face a médicos com níveis de remuneração fixos por salário; Os médicos salarizados geraram um menor número de episódios. No extremo oposto, como seria expectável, situam-se os médicos com incentivos baseados apenas na produtividade.
<u>Pagamento por Desempenho:</u> 17. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. (Walker et al. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a custo-efectividade do modelo de incentivos por desempenho adoptado no NHS do Reino Unido. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Reino Unido; Análise económica de custo-efectividade, designadamente custo-utilidade (QALYs); Dimensões: Particular ênfase na eficiência e qualidade; Indicadores: de processo e resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> Para a maioria dos indicadores avaliados – e tendo em consideração o <i>threshold</i> de £20.000-£30.000 (níveis não oficiais habitualmente considerados pelo NICE) – os incentivos de desempenho apresentam uma elevada probabilidade de serem custo-efectivos. Contudo, conforme referem os autores, verifica-se a existência de limitações de relevo, designadamente o facto de: 1) apenas alguns indicadores foram considerados; e 2) os custos de administração do modelo de incentivos não foram contabilizados.
<u>Pagamento por Desempenho:</u> 18. The effect of Performance-based incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. (Rodriguez et al. 2009)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o impacto do modelo de incentivos ao desempenho a médicos de cuidados primários (a nível individual e de grupo) na experiência de cuidados do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Estados Unidos da América, no Estado da Califórnia; Utilização de dados administrativos e clínicos, relativos ao período temporal entre 2003 e 2006 relativos a 1.444 médicos de cuidados primários. Realização de regressões para a relação entre o modelo de incentivos e a melhoria no desempenho; Dimensões: Qualidade; Eficiência; Acessibilidade; Satisfação do utente. Indicadores: de resultado (e.g. classificação da experiência de comunicação com o médico – escala de 0 a 100 pontos). 	<ul style="list-style-type: none"> A introdução do modelo de incentivos potenciou a melhoria dos níveis de qualidade, com aumento de 0.62/0.48/0.22 pontos na comunicação utente-médico/ coordenação de cuidados/ interação com o <i>staff</i>, respectivamente; Médicos com resultados de base inferiores experimentaram uma maior variação de melhoria; Por oposição, uma maior ênfase nas dimensões de eficiência e produtividade encontra-se associado a uma redução do grau de satisfação na comunicação com o médico e interação com o <i>staff</i>.

<p><u>Análise comparativa:</u> 19. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. (Tu, Cauch-Dudek, and Chen 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos na gestão de utentes hipertensos, ao nível da prevenção, vigilância, tratamento e controlo dos níveis de hipertensão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Canadá, na região do Ontário; ▪ Estudo transversal com base em dados administrativos e clínicos de 135 médicos - em grupos de 35 médicos por unidade de pagamento (salário, capita e pagamento por acto) - e 28 utentes seleccionados aleatoriamente para cada um dos 3 grupos; Realização do teste de ANOVA para estudo da associação da variável em análise com diversas variáveis independentes como o sexo, idade, local de residência ou presença de outras comorbilidades; ▪ Dimensões: Qualidade; ▪ Indicadores: de processo (e.g. presença de registos de pressão arterial) e de resultado, (e.g. percentagem de utentes com pressão arterial adequada). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os resultados evidenciam que apesar dos níveis de vigilância serem similares nos 3 grupos, a adequação do tratamento e o controlo da hipertensão – após ajustamento - são mais evidentes nos médicos cujo modelo de incentivos se baseia na capitação (90.9% e 54,5%, respectivamente), seguido dos médicos em pagamento por acto (87,4% e 41.6%, respectivamente) e por fim médicos salarizados (81.0% e 38.6%, respectivamente).
<p>20. Financial incentives, quality improvement programs, and the adoption of clinical information technology. (Robinson et al. 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o impacto de um modelo de incentivos financeiros ao nível da adopção de tecnologias de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Estudo transversal com base em inquéritos telefónicos estruturados, realizados em 2006 e 2007, a grupos de médicos com mais de 20 médicos. Realização de análises estatísticas diversas; ▪ Dimensões: Eficiência e Qualidade; ▪ Indicadores: de processo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A atribuição de incentivos financeiros permite no contexto de um processo de melhoria contínua da qualidade potenciar o uso de tecnologias de informação de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Esta melhora verificou-se sobretudo ao nível de organizações de saúde de maior dimensão (i.e. com um maior número de médicos).
<p><u>Pagamento por desempenho:</u> 21. The experience in an English Family practice: a qualitative study. (Campbell, McDonald, and Lester 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução do modelo de incentivos de pagamento por desempenho a a médicos e enfermeiros de cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido; ▪ Método: Questionários semi-estruturados a 21 médicos e 20 enfermeiros; ▪ Dimensões: Satisfação do profissional e qualidade. ▪ Indicadores: de processo (e.g. registos de processos do utente) e resultado (nível de satisfação do utente). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os participantes acreditam que os incentivos alteraram os comportamentos dos profissionais; ▪ Melhoria ao nível do registo de processos do utente e dos níveis de satisfação geral dos profissionais; ▪ Alguns profissionais apresentam descontentamento por terem maior carga de trabalho (e.g. os enfermeiros ao nível da gestão da doença crónica) e reduzidos/ insuficientes incentivos.

<p>22. The response of Physician groups to P4P incentives. (Mehrotra et al. 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos com base no desempenho na qualidade dos cuidados de saúde prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América, no Estado de Massachusetts; ▪ Estudo transversal com base em inquéritos telefónicos estruturados, realizados em 2005, a 134 grupos de médicos (correspondentes a 5.804 médicos individuais). Realização de regressões logísticas para estimar a associação entre a variável independente - o modelo de incentivo - e as variáveis dependentes, a existência de evidência de melhoria de qualidade; ▪ Dimensões: Qualidade; Satisfação do utente, Eficiência; ▪ Indicadores: de processo, (e.g. proporção de mamografia realizadas) e de resultado (e.g. nível de satisfação do utente). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apesar da reduzida magnitude média dos incentivos (2,2%, com variações no intervalo entre 0.3%8.8%), verifica-se a <u>existência de evidência de associação</u> entre o modelo de incentivos baseado no desempenho e o uso de iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Odds Ratio=1,6; p<0.02). ▪ 36% dos entrevistados sujeitos a um modelo de incentivo com base no desempenho referiram um nível de importância elevado a moderado para o sucesso financeiro do grupo.
<p><u>Pagamento por desempenho:</u> 23. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. (Millet et al. 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos de pagamento por desempenho nos indicadores de saúde da população (cessação tabágica) ao nível dos cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido; ▪ Método: Estudo longitudinal com questionários realizados antes e depois da introdução do método de pagamento por desempenho; ▪ Dimensões: Qualidade; ▪ Indicadores: de processo (existência de registos) e resultado (variação nos níveis de tabagismo). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento do número de diabéticos com registos da condição tabágica (aumento de 8,8%, para 98,8%) e consulta de cessação tabágica (aumento de 35,5%, para 83,5%) ▪ Redução do número de fumadores (diminuição de 3,8%, para 16,2%), mais significativo nos homens, existindo evidência de associação entre o modelo de incentivo e os resultados obtidos (única variação no cenário antes e depois equacionado).
<p><u>Pagamento por desempenho:</u> 24. Effects of Pay for Performance on the quality of Primary Care in England. (Campbell et al. 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos por desempenho ao nível de doentes específicos (e.g. asma, diabetes, doentes cardíacos) e a sua percepção de acessibilidade e continuidade de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido; ▪ Método: Estudo longitudinal (entre 2003 e 2005) com questionários realizados antes e depois da introdução do método de pagamento por desempenho; ▪ Dimensões: Qualidade; Acessibilidade. ▪ Indicadores: de processo e de resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução ligeira dos níveis de acessibilidade e continuidade de cuidados após a introdução do modelo de pagamento por desempenho; ▪ Aumento da qualidade dos cuidados prestados para os doentes com asma e diabetes mas não para doentes cardíacos. Redução da qualidade ao nível de duas patologias não consideradas no modelo de incentivos.

<p><u>Pagamento por desempenho:</u> 25. Effect of the new contract on GP's working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. (Whalley, Gravelle, and Sibbald 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução do modelo de incentivos de pagamento por desempenho nos níveis de satisfação de médicos dos Cuidados Primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido; ▪ Estudo longitudinal a partir de questionários; ▪ Dimensões: Satisfação dos profissionais, Eficiência; ▪ Indicadores: de processo (e.g. número de horas de trabalho) e de resultado (e.g. nível de satisfação do profissional). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento dos níveis de satisfação dos profissionais (de 4,6 para 5,2 numa escala até 7); ▪ Redução do número de horas (de 44,5 para 40,8) e aumento do nível de rendimentos (em cerca de 26%).
<p><u>Pagamento por salário vs pag. por acto:</u> 26. Physician compensation from salary and quality of diabetes care. (Kim et al. 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos - com elevada e reduzida expressão salarial - na qualidade de prestação de cuidados a utentes diabéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Análise transversal de informação relativa a 1.248 médicos – obtida por questionários – e 4.200 utentes com <i>diabetes mellitus</i> – obtida por via de registos clínicos electrónicos ou entrevistas telefónicas. Realização de modelos de regressão logística para ajustar para variáveis inerentes ao médico e utente; ▪ Dimensões: Qualidade; Satisfação do utente; ▪ Indicadores: de processo (e.g. nível de vacinação) e de resultado, designadamente resultados intermédios (e.g. pressão arterial sistólica, satisfação do utente com o nível de comunicação). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em análises não ajustadas, os utentes de médicos com uma elevada proporção de incentivo salarial (>90%) apresentam uma maior probabilidade – ainda que moderada – de receber cuidados de saúde de maior qualidade (de acordo com os indicadores seleccionados); ▪ Após ajustamento das características do utente, médico e do sistema de saúde, verificou-se que o modelo de incentivos <u>não se encontra associado</u> – de forma estatisticamente significativa – com os indicadores em análise.
<p>27. Physician perceptions of access to quality care in California's workers' compensation system. (Pourat et al. 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o impacto da atribuição de modelos de incentivo ao nível da percepção dos médicos sobre a acessibilidade a cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América, no Estado de Califórnia; ▪ Modelos de regressão logística; ▪ Dimensões: Acessibilidade; Satisfação do profissional; ▪ Indicadores: de processo (e.g. níveis de utilização de cuidados) e de resultado (e.g. nível de satisfação do profissional) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A alteração do modelo de incentivos repercutiu-se numa percepção negativa dos médicos ao nível da acessibilidade a cuidados de saúde.
<p><u>Pagamento por capita vs pag. por acto:</u> 28. Effects of compensation methods and physician group structure on</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do tipo de incentivos e da natureza do vínculo dos médicos na alteração de comportamentos de prestação de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Questionário a 12.406 médicos e regressões logísticas com a variável dependente (e.g. tipo de incentivos) e a variável independente a percepção do médico sobre os incentivos resultantes para alterar o perfil de prestação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7%/23% dos médicos referiu a percepção de ter sido incentivado a reduzir/ aumentar o nível de cuidados prestados; ▪ A redução dos actos prestados está associada a uma redução do nível de qualidade dos cuidados (subutilização) e satisfação do profissional. Por seu lado, o aumento do volume de actos apresenta também problemas ao nível da dimensão da

Physicians' Perceived Incentives to alter services to patients. (Reschovsky, Hadley, and Landon 2006)	de saúde aos utentes.	aos utentes; ▪ Dimensões: Satisfação dos profissionais, Eficiência.	qualidade (sobreutilização) e eficiência.
<u>Pagamento por Produtividade (acto/episódio):</u> 29. Increasing Primary Care Physician Productivity: A Case Study. (Lewandowski et al. 2006)	▪ Analisar o impacto de modelos de incentivo baseados na produtividade do médico de cuidados primários nos níveis de produtividade por médico, custo e nível de satisfação por utente.	▪ País: Estados Unidos da América, no Estado de Minnesota; ▪ Estudo longitudinal (entre 1998 e 2002 – antes e depois da introdução do método de pag. por produtividade) envolvendo 105 médicos de cuidados primários; ▪ Dimensões: Eficiência e Satisfação do utente; ▪ Indicadores: de processo (e.g. número de consultas) e resultado (satisfação do utente).	▪ A introdução do método de incentivo com base nos níveis de produtividade conduziu ao aumento de 20% nível de rendimento dos médicos (\$148.000 vs \$123.500), bem como a um aumento de 38% do nível de produtividade. Assim, o custo por unidade produtiva desceu 13%, gerando um aumento dos níveis de eficiência, sem se ter verificado alterações significativas no nível de satisfação dos utentes.
<u>Programa de Desempenho:</u> 30. Early Experience With Pay-for-Performance. (Rosenthal MB 2005)	▪ Analisar o impacto da introdução de um programa de incentivo por desempenho na qualidade dos cuidados prestados.	▪ País: Estados Unidos da América, no Estado da Califórnia; ▪ Utilização de dados administrativos, relativos ao período temporal entre 2001 e 2004 em 300 organizações. Análise comparativa entre o grupo de controlo (amostra de diversos Estados Norte-americanos) e o grupo em análise (da Califórnia) ▪ Dimensões: Qualidade; ▪ Indicadores: 3 de processo (realização de exames: de imagiologia para vigilância de cancro cervical; mamografia, de hemoglobina A _{1c}).	▪ Verificou-se um aumento de qualidade nos 3 indicadores em análise no grupo experimental (face ao de controlo) a um custo associado de \$3,4 milhões; ▪ O incentivo aos médicos para atingir um determinado objectivo de desempenho fixo, com base em mecanismos de retribuição nominal, pode limitar a custo-efectividade do modelo, beneficiando sobretudo instituições (e respectivos profissionais) com valores de base elevados.
31. The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physician Organizations. (Robinson et al. 2004)	▪ Analisar a prevalência do tipo de incentivos nos médicos em contexto de integração vertical de cuidados.	▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Questionários telefónicos a unidades – cuidados primários e hospitalares -com mais de 20 médicos (1.104 responderam e 627 deram informação do modelo de incentivos). Utilização de métodos de regressão para analisar o impacto da natureza do mercado e factores da organização; ▪ Dimensões: N/A.	▪ Cerca de 25% dos médicos são remunerados por pagamento por acto (retrospectivo), outros 25% por métodos prospectivos (capitação e salário associado ao tempo disponibilizado pelo recurso – não aos níveis de produtividade) e 50% pela conjugação de métodos prospectivos e retrospectivos; ▪ Médicos em contexto de integração de cuidados apresentam uma menor probabilidade de serem remunerados por métodos de pagamento por acto.

<p><u>Pag. por acto vs salário:</u></p> <p>32. Service Production and contract choice in primary physician services. (Sørensen and Grytten 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivos ao nível da produtividade do médico de cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Noruega; ▪ Método: Questionários realizados em 1998 a 2.491 médicos de cuidados primários (47% dos efectivos da Noruega); ▪ Dimensões: Eficiência; ▪ Indicadores: processo (número de consultas e número de contactos por utentes). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos em modelo de incentivos de pagamento por acto apresentam maior consultas realizadas face a médicos em regime de salário (entre 20 a 40%). ▪ Médicos em pagamento por acto apresentam mais 80% de contactos com os utentes.
<p><u>Pagamento por salário:</u></p> <p>33. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. (Gosden et al. 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução do modelo de incentivos de pagamento por salário a médicos dos cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Reino Unido; ▪ Método: Estudo de antes e depois da introdução (mecanismo de melhoria) dos incentivos financeiros de pag. por salário; ▪ Dimensões: Eficiência, Acessibilidade. ▪ Indicadores: de processo (e.g. duração da consulta, % de referências para cuidados hospitalares, número de consultas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos em regime de salário apresentaram maior produtividade (em número de consultas) face a médicos em pagamento por acto e capitação; ▪ Menor número de prescrições nos médicos salarizados e similares rácios de referência para cuidados diferenciados; ▪ Contudo, <u>nenhuma</u> das alterações supracitadas foi estatisticamente significativa.
<p>34. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. (Sturm 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivo na qualidade dos cuidados e satisfação profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Estudo com recurso a inquéritos nacionais de médicos (n=7.146) ▪ Realização de regressões logísticas com diversas variáveis dependentes (e.g. rendimento, liberdade do médico, nível de satisfação do profissional) e independentes (e.g. <i>gatekeeping</i>, modelo de incentivo individual, idade, sexo dos médicos); ▪ Dimensões: Qualidade e satisfação do profissional; ▪ Indicadores: de processo e de resultado (e.g. nível de satisfação profissional) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O modelo de incentivos individuais aos médicos não apresenta impacto no nível de satisfação do profissional; ▪ Após ajustamento pelo risco, médicos em unidades de pequena dimensão (<2 médicos) apresentam uma maior probabilidade de menor satisfação profissional.
<p>35. The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups. (Douglas A Conrad et al. 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivo de médicos de cuidados primários – a nível individual e colectivo – nos níveis de produtividade individual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Utilização de inquéritos sobre os incentivos (n=2.237) e níveis de produtividade dos médicos (n=6.129). Estimativas de associação com base em regressões; ▪ Dimensões: Eficiência (medido como o nível da produtividade por médico); ▪ Indicadores: de processo (e.g. número de unidades produtivas realizadas por médico). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A existência incentivos individuais baseados na produtividade apresenta uma associação com os níveis de produtividade (elasticidade de 0.07, $p < 0.05$); ▪ A existência de incentivos de grupo não se encontra – de forma estatisticamente significativa – associado com os níveis de produtividade individuais.

<p>36. Effects of compensation method on physician behaviors. (Tufano et al. 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivo nos níveis de produtividade e eficiência dos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América – Estados de Califórnia, Oregon, Washington e Wisconsin; ▪ Entrevistas a 144 médicos e administradores; ▪ Dimensões: Eficiência (em particular ao nível da produtividade por recurso); Qualidade; ▪ Indicadores: de processo (e.g. aumento do número de actos praticados). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os entrevistados – em particular os médicos “líderes” – referem a significativa influência dos incentivos nos níveis de produtividade individual; ▪ Os médicos referem que os métodos de incentivos não alteram os seus comportamentos em outras dimensões, como por exemplo, a qualidade dos cuidados.
<p><u>Pagamento por Desempenho:</u> 37. Are physician reimbursement strategies associated with processes of care and patient satisfaction for patients with diabetes in managed care? (Ettner et al. 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto do modelo de incentivo de pagamento por desempenho dos médicos de cuidados primários na qualidade dos processos de cuidados e no nível de satisfação do utente diabético. ▪ Explorar potenciais variáveis de confundimento resultantes do modelo de organização da unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América; ▪ Dados recolhidos em 10 planos integrados de saúde, relativos a 6.194 utentes diabéticos; ▪ Realização de regressões logísticas para estimar a associação entre o modelo de incentivo dos médicos e medidas de processo. ▪ Dimensões: Eficiência; Satisfação do utente; ▪ Indicadores: de processo (e.g. realização de exames específicos de acompanhamento) e de resultado (custo total por utente). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sem controlar o modelo de organização da unidade</u> (e dos médicos), os processos de cuidados a utentes diabéticos apresentavam melhores resultados num modelo de incentivos de pagamento por salário, em comparação a pagamento pelo acto ou capitação; ▪ A existência de significativos enviesamentos e factores de confundimento decorrentes do modelo de organização e governação de cada unidade deverá ser considerado em novos estudos; ▪ Não obstante a causalidade, modelos de incentivo com maior satisfação do utente podem indicar um maior nível de qualidade.
<p><u>Pagamento por capitação:</u> 38. The effects of Capitation on GPs referral decisions. (Iversen e Lurås 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução do modelo de incentivos por capitação a médicos de cuidados primários ao nível dos processos de referência de utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Noruega; ▪ Método: Estudo empírico (3 anos) a partir da participação de médicos; ▪ Dimensões: Satisfação do profissional e qualidade; ▪ Indicadores: de processo (e.g. registos de processos do utente) e resultado (nível de satisfação do utente). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento, entre 1993 e 1996, de 42% dos níveis de referência, decorrentes da do financiamento por capitação. A referência aconteceu sobretudo para os cuidados privados de mesmo nível, sendo que para os hospitais, apesar de também existir, não foi estatisticamente significativa.
<p><u>Pagamento por salário vs por acto:</u> 39. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução do modelo de incentivos por salário vs pagamento por acto nos níveis de indução de procura. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Noruega; ▪ Questionários realizados a médicos de cuid. primários com incentivos de pagamento por salário (n=564) e por acto (n=1.818); ▪ Dimensões: Eficiência, Qualidade; ▪ Indicadores: de processo (e.g. número de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem diferença significativa no número de testes laboratoriais requeridos; ▪ Valores similares de duração da consulta para ambos os grupos de médicos; ▪ Em suma, não houve evidência de alterações dos níveis de eficiência por via de indução da procura por parte da oferta.

(Grytten and Sørensen 2001)		testes laboratoriais por consulta, proporção de consultas com menos de 20 min.)	
<u>Programa de Desempenho:</u> 40. The Use of Physician Financial Incentives and Feedback to Improve Pediatric Preventive Care in Medicaid Managed Care. (Hillman et al. 1999)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o impacto da introdução de um programa de incentivo por desempenho no nível de prevenção de cuidados a nível pediátrico no contexto de cuidados integrados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Estados Unidos da América, no Estado de Filadélfia; Estudo comparativo (com análises de ANOVA) entre grupos (com/sem incentivo para cumprimento de <i>guidelines</i> clínicas) realizado entre 1993 e 1995 em 49 organizações; Dimensões: Qualidade; Indicadores: de processo (e.g. proporção de crianças vacinadas, registo de peso e altura). 	<ul style="list-style-type: none"> Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos, o grupo em análise (com incentivos financeiros, na ordem dos \$2.000 por organização) e o de controlo (sem incentivos financeiros associados aos níveis de prevenção): Possíveis explicações apontadas para os resultados obtidos derivam da: 1) insuficiente magnitude dos incentivos; 2) inadequada compreensão por parte dos médicos alvo; e 3) existência de campanhas nacionais de prevenção durante o período em análise, introduzindo um potencial enviesamento.
41. Primary Care Physician's experience of financial incentives in managed-care systems.(Grumbach et al. 1998)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a prevalência do tipo de incentivos nos médicos em contexto de integração de cuidados e o seu potencial impacto no nível da eficiência e qualidade dos cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Estados Unidos da América – Estado de Califórnia; Questionário a 766 médicos; Dimensões: Eficiência, Qualidade, Satisfação do utente e profissional; Indicadores: de processo (e.g. nível de utilização por médico) e resultado (e.g. percepção do médico face a satisfação do utente) 	<ul style="list-style-type: none"> 38% dos médicos apresentam um sistema de incentivo baseado em bónus de produtividade; 57% dos médicos refere ter recebido pressões para limitar as referências e 75% no sentido de aumentar a sua produtividade (24% dos quais acredita que este incentivo comprometeria a qualidade dos cuidados prestados); Médicos com incentivos associados a indicadores de produtividade/qualidade apresentam uma menor/menor probabilidade de se sentirem realizados com o trabalho.
42. The relationship between method of physician payment and patient trust. (Kao et al. 1998)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o potencial impacto do modelo de incentivo dos médicos no nível de confiança e satisfação do utente. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Estados Unidos da América – Estados de Atlanta, Washington e Orlando; Entrevistas telefónicas a 2.086 utentes; Dimensões: Satisfação do utente; Indicadores: de resultado (e.g. resultado intermédio - nível de confiança do utente face ao seu médico, como derivada do comportamento do médico) 	<ul style="list-style-type: none"> A maioria dos utentes confia no seu médico, com diferenças estatisticamente significativas em função do modelo de incentivos dos médicos; 94%/83%/77% dos utentes confia no médico com modelo de incentivo de, respectivamente, pagamento por acto, capita e salário.
43. Primary care physician compensation method in medical groups. (D A Conrad et al. 1998)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar o impacto do modelo de incentivo nos níveis de eficiência do sistema, por via da estimativa da utilização e custo por utente. 	<ul style="list-style-type: none"> País: Estados Unidos da América – Estado de Washington; Entrevistas a 865 médicos de cuidados primários. Realização de regressões logísticas; Dimensões: Eficiência (em particular ao nível da produtividade por médico e custo por utente); Indicadores: de processo (e.g. número de 	<ul style="list-style-type: none"> O modelo de incentivos dos médicos de cuidados primários não se encontra associado, de uma forma <u>estatisticamente significativa</u> – com a utilização de recursos ou o custo total por utente.

		consultas realizadas, internamentos gerados) e resultado (custo total por utente).	
<p><u>Programa de Desempenho:</u></p> <p>44. Physician Financial Incentives and Feedback: Failure to Increase Cancer Screening in Medicaid Managed Care. (Hillman et al. 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto da introdução de um programa de incentivo por desempenho no grau de cumprimento de <i>guidelines</i> clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América, no Estado de Filadélfia; ▪ Estudo comparativo entre grupos (com/sem incentivo para cumprimento de <i>guidelines</i> clínicas); ▪ Dimensões: Qualidade; ▪ Indicadores: de processo (e.g. proporção de exames de mamografia, exames do colórectal). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se verificou a existência de diferenças <u>estatisticamente significativas</u> entre ambos os grupos, o grupo em análise (com incentivos financeiros) e o de controlo (sem incentivos financeiros em função do cumprimento das <i>guidelines</i>): ▪ Possíveis explicações apontadas para os resultados obtidos derivam da: 1) insuficiente magnitude dos incentivos; 2) inadequada compreensão por parte dos médicos alvo; e 3) existência de campanhas nacionais de prevenção durante o período em análise, introduzindo um potencial enviesamento.
<p>45. Implementing the differentiated pay structure model. Process and outcomes. (De Groot, Burke, and George 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar o impacto de um modelo de incentivos ao nível dos diversos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ País: Estados Unidos da América, no Estado de Califórnia; ▪ Estudo quasi-experimental para avaliar o impacto do modelo de incentivos, por comparação com o grupo de controlo; ▪ Profissionais: Enfermeiros; ▪ Dimensões: Satisfação profissional; ▪ Indicadores: de resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um estudo longitudinal com uma maior amostras é necessário para compreender o impacto dos modelos de incentivos; ▪ No estudo realizado, apesar do supracitado, verificou-se um aumento dos níveis de satisfação profissional. Por sua vez, uma maior satisfação profissional encontra-se relacionada com um maior alinhamento para com os objectivos da instituição.

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Anexo II. Caracterização detalhada de cinco modelos de incentivos a profissionais em cinco diferentes países.

Tipo de variável	PIP (Austrália) ¹	MBO (Espanha) ²	Prometheus (EUA) ⁵	CAPÍ (França) ³	QOF (Reino Unido) ⁴
Ano de implementação	▪ 1998	▪ 2004	▪ 2007	▪ 2009	▪ 2004
Pagador	▪ Medicare Austrália.	▪ Instituto Catalão de Saúde (em simultâneo prestador).	▪ Diversas entidades privadas e públicas (agências regionais e nacionais).	▪ Organização nacional de seguros de saúde.	▪ Serviço Nacional de Saúde; ▪ Regulação do modelo por parte do NICE.
Destinatários (unidade/ profissionais) e Fluxo de Incentivos	▪ Cuidados primários (carácter voluntário, com uma cobertura de cerca de 82%) ⁴ ; ▪ Distribuição formal para a unidade e informal entre profissionais.	▪ Cuidados primários e hospitalares; ▪ Médicos, enfermeiros e administradores; ▪ Distribuição formal para a unidade e - ao critério dos administradores da unidade (i.e. informal) - para os níveis inferiores da cascata.	▪ Grupos de profissionais médicos, em particular em unidades hospitalares; ▪ A estrutura do modelo permite no entanto o seu alargamento a outras áreas assistenciais com <i>guidelines</i> clínicas baseadas na evidência.	▪ Cuidados primários (carácter voluntário) ▪ Distribuição formal a nível individual (médico) ou de grupo (conjunto de médicos)	▪ Cuidados primários; ▪ Distribuição formal para a unidade e informal pelos restantes profissionais (sem aumento significativo para os médicos salarizados e enfermeiros).
Dimensões de análise	▪ Acessibilidade; Eficiência; Qualidade.	▪ Acessibilidade; Satisfação dos utentes e profissionais; Eficiência; Qualidade.	▪ Qualidade (incluindo indicadores de prática assistencial), satisfação do utente e eficiência.	▪ Eficiência; Qualidade de cuidados prestados.	▪ Qualidade assistencial (87 indicadores agrupados por doença); Nível de organização (45 indicadores); Satisfação do utente (1 indicador – duração da consulta) e serviços adicionais (44 indicadores – e.g. campanhas de rastreio).
Unidade de Pagamento	▪ Pagamento por desempenho de acordo com 11 categorias de incentivos, organizados por patologia, actividade específica (e.g. controlo da prescrição de medicamentos, <i>e-Health</i>), e aumento da acessibilidade (incentivo decorrente de horas extraordinárias ou efeito de ruralidade).	▪ Pagamento por desempenho adicional ao pagamento base, tipicamente por salário; ▪ Incentivos de grupo (e.g. qualidade, eficiência da unidade) para a instituição, serviço e individuais (e.g. tempo de espera, qualidade da prescrição) para os profissionais - pactados com os supervisores directos, segundo um fluxo de incentivo em cascata.	▪ Pagamento por desempenho como incentivo à remuneração base parcial do pagamento por produção (pagamento por episódio).	▪ Pagamento por desempenho considerado no pagamento base; ▪ 3 categorias de incentivos, compreendendo a área de prevenção (500 pontos), gestão de doenças crónicas (400 pontos), e controlo das despesas associado a prescrição (400 pontos); ▪ Adição de uma quarta categoria, relativa à organização da instituição (e.g. cobertura de registos)	▪ Qualidade assistencial (661 pontos); nível de organização, onde se inclui a eficiência (262 pontos); Satisfação do utente (33 pontos) e serviços adicionais (44 pontos).

				clínicos electrónicos)	
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivos nominais; ▪ Incentivos individuais ▪ Pagamento retrospectivo (na sua maioria) ▪ Ponderação diferencial dos indicadores, com ajustamento pelo risco para idade e sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivos nominais; ▪ Incentivos individuais; ▪ Ponderação diferencial dos indicadores e variável em função do alvo do incentivo (unidade, serviço ou profissional). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivos nominais; ▪ Incentivos individuais e competitivos; ▪ Ponderação diferencial dos indicadores das diversas dimensões no cálculo de dois <i>scores</i> distintos – de qualidade e de eficiência. <i>Score</i> de qualidade resulta de: 70% decorre do próprio prestador, de indicadores de adesão a <i>guidelines</i> clínicas, satisfação do utente e ao nível da eficiência e qualidade dos cuidados prestados; e os restantes 30% da performance dos restantes prestadores. ▪ O <i>score</i> de eficiência resulta da avaliação da eficiência relativa do prestador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivos nominais; ▪ Incentivos individuais, com tecto nominal por profissional igual a 1300 pontos (máximo potencial de 9.100€); ▪ Ponderação diferencial dos indicadores, com base num sistema de pontos (e.g. prevenção de doenças crónicas compreende 500 pontos, cada ponto valorizado em 7€ por cada 800 utentes). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ponderação diferencial dos indicadores com base num sistema de pontos (até um máximo de 1000 pontos). Indicadores com maior relação com os resultados apresentam uma superior ponderação; ▪ Alinhamento entre os incentivos e as linhas de orientação para o tratamento de condições específicas. Indicadores ordenados por área assistencial (e.g. área cardiovascular).
Fonte de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados administrativos, fornecidos pela instituição e auditados pelo financiador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados administrativos e clínicos, fornecidos pela instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados administrativos e clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essencialmente dados clínicos, fornecidos pela instituição (para efeitos do próprio pagamento base, - pagamento por acto). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados clínicos e administrativos.
Indicadores (número e tipo)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aproximadamente 25 indicadores (sobretudo de processo e, em menor número, de estrutura) ▪ Indicadores de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 indicadores (cuidados primários), organizados em função das dimensões. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não especificado de forma pública o número ou o tipo de indicadores (embora se intua a existência de indicadores de processo – associados as <i>guidelines</i> clínicas – e de resultado). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 indicadores nas 3 dimensões base e 13 na quarta dimensão concebida numa fase posterior; ▪ Essencialmente indicadores de processos; ▪ Indicadores de grupo e individuais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cerca de 142 indicadores (versão de 2011/2012); ▪ Indicadores de processo e resultado; ▪ Indicadores de grupo.
Periodicidade pagamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/D 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/D 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anual (em forma de bonus) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N/D

Periodicidade de revisão do modelo	<ul style="list-style-type: none"> Reformas constantes com periodicidade não especificada (notificações <i>online</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> N/D 	<ul style="list-style-type: none"> N/D 	<ul style="list-style-type: none"> N/D 	<ul style="list-style-type: none"> Reformas constantes com periodicidade não especificada (notificações <i>online</i>) – em função de necessidades; Revisão mínima obrigatória de 3 em 3 anos.
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> Elevados custos de acreditação prévia a inclusão no programa PIP e custos administrativos (cerca de 33% dos custos dos cuidados primários). 	<ul style="list-style-type: none"> Elevada simplicidade técnica do modelo, conduzindo a um foco excessivo nos indicadores considerados, em detrimento de outras áreas assistenciais não submetidas a incentivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Difícil integração do modelo nos diferentes prestadores, dado a sua dificuldade conceptual. No entanto, após a adesão de um prestador, os indicadores e respectivos resultados – do próprio e outros prestadores – são divulgados de forma transparente. 	<ul style="list-style-type: none"> Expansão do modelo sujeita a acordos com as entidades sindicais. Magnitude reduzida dos incentivos reduzidos face ao rendimento base (cerca de 2%). 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de sucesso excessivamente elevada (médicos atingem consistentemente >95% dos incentivos): Magnitude excessiva dos pagamentos; Excessiva concentração de recursos nos médicos não salarizados, em virtude da estrutura informal de fluxo de incentivos.

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de 1-Medicare Australia (2011); 2-Puelles e Badia (2004); 3-Durand-Zaleski (2011); 4-OCDE (2010); 5- Gosfield (2006).

Anexo III. Distribuição dos especialistas existentes e necessários por especialidade médico-cirúrgica.

Especialidade	Nº de especialistas existentes	Nº de médicos desejável (de acordo com o rácio da ACSS)	Diferença entre o rácio da ACSS e o existente
Anatomia Patológica	164	197	33
Anestesiologia	1287	1176	-111
Cardiologia	478	364	-114
Cardiologia Pediátrica	46	47	1
Cirurgia Cardiorácica	76	80	4
Cirurgia Geral	1092	1047	-45
Cirurgia Maxilo-facial	37	ND	ND
Cirurgia Pediátrica	72	70	-2
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	106	136	30
Cirurgia Vascular	101	152	51
Dermatologia	159	246	87
Endocrinologia	115	139	24
Estomatologia	140	ND	ND
Gastrentereologia	285	300	15
Genética Médica	10	40	30
Ginecologia	885	867	-18
Hematologia Clínica	118	ND	ND
Imunoalergologia	80	66	-14
Imunohemoterapia	164	ND	ND
Infecciologia	99	135	36
Medicina Física e de Reabilitação	248	245	-3
Medicina Interna	1548	2154	606
Medicina Nuclear	34	40	6
Nefrologia	191	186	-5
Neurocirurgia	127	150	23
Neurologia	301	288	-13
Neurorradiologia	110	ND	ND
Oftalmologia	435	483	48
Oncologia	122	190	68
Ortopedia	620	729	109
Otorrinologia	293	307	14
Patologia Clínica	378	ND	ND
Pediatria	1074	ND	ND
Pedopsiquiatria	84	150	66
Pneumologia	385	358	-27
Psiquiatria	427	550	123
Radiologia	441	548	107
Radioterapia	63	70	7
Reumatologia	100	99	-1
Urologia	233	266	33
Medicina Geral e Familiar	5478	6444	966
Saúde Pública	347	375	28
Total médicos Cuid. Primários	5478		966
Total médicos Cuid. Hospitalares	12728		1168

Fonte: Tabela de elaboração própria a partir de Natário and Amaral (2011).

Anexo IV. Critérios de revisão sistemática de literatura

Revisão sistemática da literatura na base de dados MEDLINE: *Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>*

População (Population):

- 1 integrated care.tw. (1442)
- 2 professional.tw. (95187)
- 3 physician.tw. (121575)

Intervenção (Intervention):

- 4 payment.tw. (12861)
- 5 incentiv*.tw. (16382)
- 6 capita*.tw. (29913)
- 7 salary.tw. (2948)
- 8 pay for performance/ (2812)
- 9 fee for service/ (2431)

Consequências (Outcomes):

- 10 productivity.tw. (27612)
- 11 access*.tw. (267565)
- 12 efficiency/ (11107)
- 13 satisfaction/ (9854)
- 14 cost*.tw. (326109)
- 15 1 or 2 or 3 (212774)
- 16 compensation.tw. (31050)
- 17 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 16 (92255)
- 18 11 or 12 or 13 or 14 (594289)
- 19 15 and 17 and 18 (2241)
- 20 "compensation*".m_titl. (9383)
- 21 "pay*".m_titl. (16060)
- 22 "incentiv*".m_titl. (3731)
- 23 "reimburs*".m_titl. (4210)
- 24 "model*".m_titl. (331986)
- 25 "capita*".m_titl. (7578)
- 26 productivity.m_titl. (5606)
- 27 "align*".m_titl. (9311)
- 28 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 (385658)

Resultados da pesquisa:

- 29 19 and 28 (**583**)

Revisão sistemática da literatura na base de dados The Cochrane Library. Publicações a partir do ano 2000.

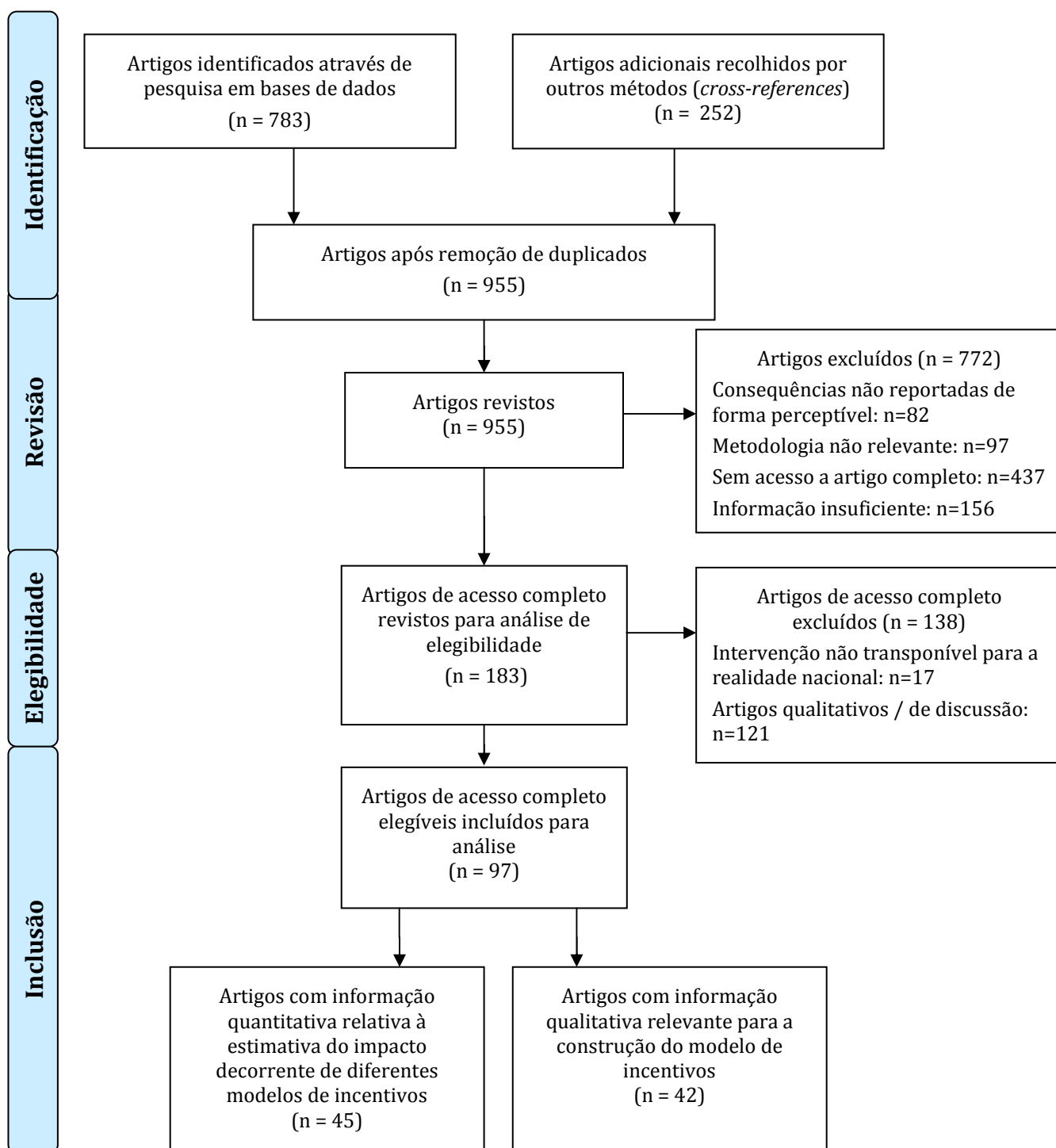
- 1 integrat* (10230)
- 2 incentive* (1602)
- 3 compensation (1050)
- 4 pay for performance (684)
- 5 salary (829)
- 6 2 or 3 (2615)
- 7 4 or 5 (1451)
- 8 7 and 8 (**178**)

Revisão sistemática da literatura na base de dados do NHS Economic Evaluation Database (EED). Publicações a partir do ano 2000.

- 1 incentive* or compensation*

- 2 pay for performance or salary or fee for service or capita*
- 3 professional* or physician* or nurse* or doctor*
- 4 cost* or economic* or model*
- 5 1 and 2 and 3 and 4 (21)

Anexo V. Diagrama PRISMA para a revisão sistemática da literatura



Anexo VI. Resultados do Estudo Retrospectivo

Remuneração (valores médios em euros) das diversas categorias profissionais de acordo com as diferentes unidades de pagamento ao nível dos: a) cuidados primários e b) secundários.

RH por categoria profissional e por tipo de cuidados	Cuidados Primários						Cuidados Primários (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	4,196.83 €	714.21 €	- €	265.55 €	- €	5,176.59 €	81.1%	13.8%	0.0%	5.1%	0.0%
Enfermeiro	1,447.70 €	94.02 €	- €	62.51 €	- €	1,604.23 €	90.2%	5.9%	0.0%	3.9%	0.0%
AAM	605.27 €	67.53 €	- €	- €	- €	672.79 €	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	965.22 €	50.49 €	- €	38.95 €	- €	1,054.66 €	91.5%	4.8%	0.0%	3.7%	0.0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	- €	- €	- €	- €	- €	- €					
Outro	1,569.93 €	52.21 €	- €	- €	- €	1,622.15 €	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%
%	86.7%	9.7%	0.0%	3.6%	0.0%		89.9%	7.5%	0.0%	2.5%	0.0%

RH por categoria profissional e por tipo de cuidados	Cuidados Hospitalares						Cuidados Hospitalares (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	2.677,36 €	1.349,99 €	343,94 €	- €	- €	4.371,29 €	61,2%	30,9%	7,9%	0,0%	0,0%
Enfermeiro	1.297,35 €	16,17 €	15,04 €	- €	- €	1.328,56 €	97,7%	1,2%	1,1%	0,0%	0,0%
AAM	570,78 €	9,25 €	0,11 €	- €	- €	580,14 €	98,4%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Administrativo	771,10 €	16,49 €	1,63 €	- €	- €	789,22 €	97,7%	2,1%	0,2%	0,0%	0,0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	1.370,08 €	- €	- €	- €	- €	1.370,08 €	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Outro						- €					
%	79,2%	16,5%	4,3%	0,0%	0,0%		91,0%	7,2%	1,8%	0,0%	0,0%

Remuneração (valores médios em euros) das diversas categorias profissionais de acordo com as diferentes unidades de pagamento ao nível de unidade dos cuidados primários (ACES vs USF).

<i>RH por categoria profissional e por tipo de unidade</i>	Cuidados Primarios - ACES						Cuidados Primarios - ACES (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	4,248.34 €	781.21 €	- €	- €	- €	5,029.55 €	84.5%	15.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Enfermeiro	1,449.66 €	98.90 €	- €	- €	- €	1,548.56 €	93.6%	6.4%	0.0%	0.0%	0.0%
AAM	606.31 €	68.99 €	- €	- €	- €	675.31 €	89.8%	10.2%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	963.35 €	53.20 €	- €	- €	- €	1,016.55 €	94.8%	5.2%	0.0%	0.0%	0.0%
Outro	1,569.93 €	52.21 €	- €	- €	- €	1,622.15 €	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%
%	89.3%	10.7%	0.0%	0.0%	0.0%		91.9%	8.1%	0.0%	0.0%	0.0%

<i>RH por categoria profissional e por tipo de unidade</i>	Cuidados Primarios - USFs						Cuidados Primarios - USFs (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	3,647.83 €	- €	- €	3,096.05 €	- €	6,743.88 €	54.1%	0.0%	0.0%	45.9%	0.0%
Enfermeiro	1,410.07 €	- €	- €	1,266.92 €	- €	2,676.98 €	52.7%	0.0%	0.0%	47.3%	0.0%
AAM	557.10 €	- €	- €	- €	- €	557.10 €	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	999.92 €	- €	- €	764.05 €	- €	1,763.97 €	56.7%	0.0%	0.0%	43.3%	0.0%
Outro	- €	- €	- €	- €	- €	- €	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
%	56.3%	0.0%	0.0%	43.7%	0.0%		65.9%	0.0%	0.0%	34.1%	0.0%

Remuneração (valores médios em euros) das diversas categorias profissionais de acordo com as diferentes unidades de pagamento ao nível de unidade dos cuidados hospitalares, em função da especialidade (medica ou cirurgica) e do serviço específico (cuidados intensivos ou urgência) envolvido.

<i>RH por categoria profissional e por tipo de serviço ou especialidade</i>	Especialidades Medicas						Especialidades Medicas (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	3,046.84 €	319.15 €	- €	- €	- €	3,365.98 €	90.5%	9.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Enfermeiro	1,167.76 €	11.85 €	- €	- €	- €	1,179.62 €	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
AAM	545.06 €	10.29 €	- €	- €	- €	555.35 €	98.1%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	764.61 €	32.51 €	- €	- €	- €	797.12 €	95.9%	4.1%	0.0%	0.0%	0.0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	1,362.21 €	- €	- €	- €	- €	1,362.21 €	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
%	94.9%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%		96.7%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%

<i>RH por categoria profissional e por tipo de serviço ou especialidade</i>	Especialidades Cirurgicas						Especialidades Cirurgicas (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	3,524.45 €	1,234.84 €	980.92 €	- €	- €	5,740.22 €	61.4%	21.5%	17.1%	0.0%	0.0%
Enfermeiro	1,408.60 €	12.50 €	38.19 €	- €	- €	1,459.29 €	96.5%	0.9%	2.6%	0.0%	0.0%
AAM	588.00 €	4.73 €	0.31 €	- €	- €	593.04 €	99.2%	0.8%	0.1%	0.0%	0.0%
Administrativo	771.68 €	- €	3.47 €	- €	- €	775.14 €	99.6%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	1,386.92 €	- €	- €	- €	- €	1,386.92 €	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
%	77.1%	12.6%	10.3%	0.0%	0.0%		91.3%	4.6%	4.0%	0.0%	0.0%

Remuneração (valores médios em euros) das diversas categorias profissionais de acordo com as diferentes unidades de pagamento ao nível de unidade dos cuidados hospitalares, em função da especialidade e do serviço específico envolvido (cont.).

<i>RH por categoria profissional e por tipo de serviço ou especialidade</i>	Servico de Urgencia						Servico de Urgencia (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	- €	3,071.96 €	- €	- €	- €	3,071.96 €	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Enfermeiro	1,362.86 €	23.17 €	- €	- €	- €	1,386.03 €	98.3%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%
AAM	580.77 €	15.14 €	- €	- €	- €	595.90 €	97.5%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	817.01 €	57.23 €	- €	- €	- €	874.24 €	93.5%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	- €	- €	- €	- €	- €	- €					
%	46.6%	53.4%	0.0%	0.0%	0.0%		72.3%	27.7%	0.0%	0.0%	0.0%

<i>RH por categoria profissional e por tipo de serviço ou especialidade</i>	Servico de Cuidados Intensivos						Servico de Cuidados Intensivos (%)				
	Pagamento por salário - Base Bruto Mensal	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita	Total (euros)	Pagamento por salário	Pagamento de suplementos	Pagamento por acto	Pagamento por desempenho	Pagamento por capita
Médico	4,007.83 €	4,524.37 €	- €	- €	- €	8,532.20 €	47.0%	53.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Enfermeiro	1,298.89 €	47.48 €	- €	- €	- €	1,346.38 €	96.5%	3.5%	0.0%	0.0%	0.0%
AAM	606.86 €	9.62 €	- €	- €	- €	616.48 €	98.4%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%
Administrativo	765.05 €	- €	- €	- €	- €	765.05 €	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Técnico Superior / Técnico de MCDTs	- €	- €	- €	- €	- €						
%	59.3%	40.7%	0.0%	0.0%	0.0%		85.5%	14.5%	0.0%	0.0%	0.0%

Anexo VII. Caracterização dos indicadores considerados no modelo de incentivos dos profissionais

N.º	Dimensão	Indicador	Tipo de Indicador	Destinatário (individual ou de grupo)	Categoria Profissional	Destinatário (tipo de unidade)	CP 2013 da ULS
1	Satisfação do profissional	% de absentismo dos profissionais	E	Individual	Todos	ULS	
2	Satisfação do profissional	% de profissionais satisfeitos ou muito satisfeitos com o modelo de incentivos	R	Individual	Todos	ULS	
3	Qualidade	% de internamentos com complicações decorrentes de infeções (incluindo septicemia)	R	Grupo	Enfermeiros	Cuidados Hospitalares	
4	Eficiência	% de faltas a Consultas Externas por responsabilidade do utente	P	Grupo	Administrativos	ULS	
5	Qualidade	% de quedas hospitalares	P	Grupo	Enfermeiros	Cuidados Hospitalares	
6	Eficiência	Variação entre a DM esperada e observada	R	Individual	Médicos	Cuidados Hospitalares	✓
7	Eficiência	% de urgências categorizadas como não urgentes por área de residência do utente	P	Individual	Médicos	Cuidados Primários	
8	Eficiência	% de utentes indevidamente referenciados para cuidados secundários	P	Individual	Médicos	Cuidados Primários	
9	Qualidade	Variação entre a TM esperada e observada	R	Individual	Médicos	Cuidados Hospitalares	
10	Eficiência	% de realização de consultas em teleconsulta sobre o número de requisições.	P	Individual	Médicos	Cuidados Hospitalares	✓
11	Satisfação do utente	% de utentes que abandonam o SU	P	Grupo (equipa do SU)	Médicos, Enfermeiros, AAM e técnicos de MCDTs	Cuidados Hospitalares	
12	Acessibilidade	% de utentes em lista de espera para CE com tempo de espera clinicamente aceitável	P	Grupo	Médicos	ULS	✓
13	Acessibilidade	% de utentes em lista de espera para cirurgia com tempo de espera clinicamente aceitável	P	Grupo	Médicos de esp. Cirúrgicas	Cuidados Hospitalares	✓
14	Eficiência	Custo médio de medicamentos por utente de Cuidados Primários	R	Grupo	Médicos	Cuidados Primários	✓

15	Eficiência	Custo médio de MCDTs por utente de Cuidados Primários	R	Grupo	Médicos	Cuidados Primários	✓
16	Eficiência	% de volume de medicamentos genéricos prescritos sobre o total de volume de medicamentos	P	Individual	Médicos	Cuidados Primários	✓
17	Acessibilidade	% de integração de PACS e registo clínico electrónico nas unidades da ULS	E	Grupo	Técnicos Sistemas de Informação	ULS	
18	Eficiência	% de utentes com prescrição electrónica de medicamentos	P	Individual	Médicos	Cuidados Primários	
19	Acessibilidade	% de variação das taxas de utilização globais das linhas assistenciais de CE, cirurgia e internamento	P	Grupo	N/A	ULS	✓
20	Eficiência	Variação entre a os custos médios por utente observados e esperados na área de internamento e cirurgia de ambatório	R	Grupo	Médicos, Enfermeiros, AAM e administradores hospitalares	Cuidados Hospitalares	
21	Eficiência	% de consultas de cuidados primários não realizadas a tempo por responsabilidade da Instituição	P	Grupo	Médicos, Enfermeiros, AAM e administrativos	Cuidados Primários	
22	Qualidade	Taxa de consultas domiciliárias médicas e de enfermagem por 1.000 utentes	P	Individual	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Primários	✓
23	Qualidade	Taxa de consultas médicas e de enfermagem para promoção de estilos de vida saudáveis na área do tabagismo e alcoolismo	P	Individual	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Primários	✓
24	Qualidade	% de internamentos com úlceras de pressão	P	Individual	Enfermeiros	Cuidados Hospitalares	
25	Eficiência	Taxa de reinternamentos hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta	R	Grupo	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Hospitalares	✓
26	Qualidade	% de cumprimento da adequação da vigilância oncológica (mamografia e colpocitologia)	P	Grupo	Médicos, Técnicos MCDTs e Administrativos	Cuid. Primários (Cuid Hosp no caso dos técnicos)	✓
27	Qualidade	% de utentes hipertensos com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos, Enfermeiros e Nutricionistas	Cuidados Primários	
28	Qualidade	% de utentes hipertensos com valores de PA controlada	R	Grupo	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Primários	

29	Qualidade	% de utentes diabéticos com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos, Enfermeiros e Nutricionistas	Cuidados Primários	
30	Qualidade	% de utentes diabéticos com valor de HbA1c controlado	R	Grupo	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Primários	
31	Qualidade	Incidência de amputações em doentes diabéticos	R	Grupo	Médicos e Enfermeiros	Cuidados Primários	✓
32	Qualidade	% de utentes com diagnóstico de depressão com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos	ULS	
33	Qualidade	% de utentes com diagnóstico de esquizofrenia, doença bipolar e outras psicoses com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos	ULS	
34	Eficiência	Consumo médio de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos em utentes com diagnóstico de saúde mental	R	Grupo	Médicos	ULS	✓
35	Qualidade	% de utentes com diagnóstico de asma com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos	Cuidados Primários	
36	Qualidade	% de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica com acompanhamento adequado	P	Grupo	Médicos	Cuidados Primários	
37	Eficiência	Mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RNCCI	P	Grupo	Equipas de Gestão de Altas	ULS	✓
38	Eficiência	% da Cirurgia de Ambulatório (GDH) no total da cirurgia programada (GDH)	P	Grupo	Médicos de esp. Cirúrgicas	Cuidados Hospitalares	✓
39	Qualidade	% recém-nascidos, de termo, com baixo peso	R	Grupo	Médicos	Cuidados Primários	✓
40	Satisfação do utente	% de utentes satisfeitos ou muito satisfeitos	R	Grupo	Todos	ULS	✓
41	Qualidade	% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	P	Grupo	Médicos	ULS	✓
42	Eficiência	% de partos por cesariana	P	Grupo	Médicos	Cuidados Hospitalares	✓
43	Eficiência	Rácio de Consultas Externas hospitalares sobre Urgências	P	Grupo	Médicos	ULS	
44	Acessibilidade	% de 1as consultas no total das CE hospitalares	P	Grupo	Médicos	Cuidados Hospitalares	✓

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Anexo VIII. Caracterização sumária dos pressupostos por indicador

N.º	Principais pressupostos do modelo por indicador
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de absentismo dos profissionais: 8,3%. ▪ O modelo de incentivos declara que não haverá lugar ao pagamento de benefícios para os profissionais pertencentes ao percentil com mais faltas injustificadas (i.e. profissionais não são elegíveis para benefícios).
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de profissionais satisfeitos ou muito satisfeitos: 58,2%; ▪ Em caso de decréscimo do nível de satisfação após a introdução do modelo de incentivo dos profissionais deverá equacionar-se a adopção de medidas correctivas.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de infeções no internamento hospitalar da ULS no ano -1 (i.e. ano anterior ao modelo): 5,0%; ▪ Custo médio acrescido por infeção (euros por infeção): 1.250€ correspondente a 5 dias de internamento acrescidos a um preço unitário de 250€ por dia; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 20% do nível de infeções para o valor absoluto de 4% do número total de internamentos (médicos e cirúrgicos), equivalente a uma redução de 86 infeções; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do tratamento de infeções) pelos profissionais de enfermagem de cuidados hospitalares (50%) e pela ULS (50%).
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de faltas a CE de cuidados primários por responsabilidade do utente: 4,6% ▪ % de faltas a CE de cuidados hospitalares por responsabilidade do utente: 15,1% ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 20% do nível de faltas por responsabilidade do utente para o valor absoluto de 3,7% e 12,1% nos cuidados primários e hospitalares, respectivamente. Isto permitiria a realização adicional de 4.592 e 2.833 consultas nos cuidados primários e hospitalares, respectivamente. ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais administrativos, de forma equitativa entre os cuidados primários (50%) e hospitalares (50%); ▪ Referências consideradas: (Atherton, Car, and Meyer 1996), (Reda and Makhoul 2001), (Car et al. 2012).
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de quedas hospitalares no internamento da ULS no ano -1 (i.e. ano anterior ao modelo): 5,0%; ▪ Custo médio acrescido por queda (euros por queda): 1.000€ correspondente a 4 dias de internamento acrescidos a um preço unitário de 250€ por dia; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 20% do nível de quedas para o valor absoluto de 4% dos internamentos, equivalente a 86 quedas hospitalares; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do tratamento das quedas) pelos profissionais de enfermagem (50%) e pela ULS (50%).
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variação entre a Demora Média (DM) de internamento esperada e observada; ▪ Demora média de internamento registada no ano -1: 7,1 dias; ▪ Demora média esperada de acordo com a actividade realizada (após análise da base de dados de GDHs) e a demora média pura por GDH disposta na Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril: 6,9 dias; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 25% entre a demora média esperada e observada, para o valor final de 7,05 dias de internamento. Esta variação baseia-se na redução da duração dos internamentos superiores à demora média expectável, permitindo a redução total de 406 dias de internamento; ▪ Custo unitário por dia de internamento de 250€; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do número de dias de internamento) pelos profissionais médicos hospitalares (50%) e pela ULS (50%).
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de urgências categorizadas como não urgentes por área de residência do utente no ano -1: 13,6%. Esta variável decorre da média ponderada dos valores verificados nas diversas unidades de Cuidados Primários (variação entre 1% e 43%); ▪ Meta a atingir: Redução absoluta de 5% do valor médio registado, para o valor absoluto de 8,6% (equivalente a uma redução de 8.077 urgências não urgentes); ▪ Custo médio evitado por urgência não realizada (em euros): 50€ ; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do número de urgências desnecessárias) pelos profissionais médicos dos cuidados primários (50%) e pela ULS (50%).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuição dos lucros pelos profissionais compreende um mecanismo misto, com 90% do montante distribuído numa lógica não competitiva e os remanescentes 10% numa lógica competitiva em função do percentil 75 dos médicos hospitalares.
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes indevidamente referenciados para a CE dos cuidados secundários no ano -1: 5,0%; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 25% do valor médio registado, para o valor absoluto de 3,75%, o equivalente a 1.173 consultas externas; ▪ Custo médio evitado por consulta externa não realizada (em euros): 25€; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do número de consultas externas inapropriadas) pelos profissionais médicos dos cuidados primários (50%) e pela ULS (50%); ▪ Distribuição dos lucros pelos profissionais compreende um mecanismo misto, com 90% do montante distribuído numa lógica não competitiva e os remanescentes 10% numa lógica competitiva em função do percentil 75 dos médicos hospitalares.
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variação entre a Taxa de Mortalidade (TM) esperada e observada. ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 50% da variação verificada, para o valor absoluto de 2,5%. Esta variação incide sobre a redução dos níveis de mortalidade observados superiores aos esperados; ▪ Utilização de dados de gravidade e complexidade para determinação dos níveis de TM esperados; ▪ Agrupamento dos dados por especialidade médica e cirúrgica; ▪ Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos níveis de gravidade, não foi possível proceder à implementação do presente indicador.
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de realização de consultas em teleconsulta sobre o número de requisições: 100,0% ▪ Meta a atingir: Manutenção da taxa de realização, com a duplicação do número absoluto de teleconsultas, isto é, aumento de 146 consultas em regime de teleconsulta; ▪ Custo financeiro adicional por consulta (i.e. unidade de pagamento por acto): 75€; ▪ Distribuição dos incentivos para os profissionais médicos responsáveis pela realização da consulta; ▪ Referências consideradas: (McLean et al. 2010), (Stead, Perera, and Lancaster 2006).
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes que abandonam o Serviço de Urgência (SU): 1,45% ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 50% do nível de desistências para o valor absoluto de 0,72% sobre o volume total de urgências registadas administrativamente; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais integrantes das equipas de SU (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, administrativos, administradores hospitalares e técnicos de MCDTs), de acordo com o seu contributo em RTE e o seu nível de remuneração base mensal bruta.
12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes em lista de espera para CE nos cuidados primários com tempo de espera clinicamente aceitável: Não disponível na ULSBA; ▪ % de utentes em lista de espera para CE nos cuidados hospitalares com tempo de espera clinicamente aceitável: 80,0% ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 10,0% do nível de acessibilidade para os valores absolutos de 90,0% ao nível dos cuidados hospitalares; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos, de forma equitativa entre os cuidados primários (50%) e hospitalares (50%). Neste caso, apenas se considerou os Cuidados Hospitalares.
13	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes em lista de espera para cirurgia nos cuidados hospitalares com tempo de espera clinicamente aceitável por categoria de prioridade: nível 1, 2, 3 e 4 de respectivamente 90%, 90%, 90% e 95%; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 7,5%, 5%, 5% e 2,5% do nível de acessibilidade por grau de prioridade para os valores absolutos de 97,5%, 95%, 95% e 97,5%, respectivamente; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€, distribuído em função do nível de prioridade. Ao grau de prioridade 1,2,3 e 4 estão adstritos, respectivamente, 50%, 25%, 15% e 10% do nível de incentivos; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados hospitalares.
14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custo médio de medicamentos por utente de cuidados primários: 119,1€. No entanto, importa apontar a existência de uma elevada variabilidade com o valor mínimo situado em 85,6€ e o máximo em 194,5€;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 5% do custo médio para o valor absoluto de 113,2€; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados primários. Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários e pagamento preferencial assente num mecanismo misto. Não se considerou unicamente mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco.
15	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custo médio de exames de MCDTs por utente de cuidados primários: 16,0€. No entanto, importa apontar a existência de uma elevada variabilidade com o valor mínimo situado em 9,7€ e o máximo em 31,3€; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 10% do custo médio para o valor absoluto de 14,4€; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados primários. Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários e pagamento preferencial assente num mecanismo misto (pelos mesmos motivos supracitados no indicador 14).
16	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de volume de medicamentos genéricos (em embalagens) prescritos nos cuidados primários sobre o total de volume de medicamentos prescritas nessas mesmas unidades: 39,3%. No entanto, importa apontar a existência de uma elevada variabilidade com o valor mínimo situado em 31,5% e o máximo em 55,3%; ▪ % de volume de medicamentos genéricos (em embalagens) prescritos nos cuidados hospitalares sobre o total de volume de medicamentos prescritas nessas mesmas unidades: 33,8%; ▪ Meta a atingir: Aumento relativo de 10% para o valor absoluto de 49,3% e 43,8% ao nível dos cuidados primários e hospitalares, respectivamente; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários e por especialidade médica e cirúrgica ao nível dos cuidados hospitalares; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€, com distribuição equitativa para os médicos dos cuidados primários (50%) e hospitalares (50%); ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais compreende um mecanismo misto, com 90% do montante distribuído numa lógica não competitiva e os remanescentes 10% numa lógica competitiva em função do percentil 75 dos médicos hospitalares (i.e. para os 25% melhores médicos); ▪ Referências consideradas: (H. Sturm et al. 2007)
17	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de integração de PACS e registo clínico electrónico nas unidades de cuidados primários da ULS (como % do tempo total anual). Meta a atingir: Aumento absoluto de 20% para o valor absoluto mínimo de 95%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 10.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos técnicos responsáveis dos serviços informáticos da ULS.
18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes com prescrição electrónica de medicamentos: 91%. No entanto, importa apontar a existência de uma elevada variabilidade com o valor mínimo situado em 68% e o máximo em 100%; ▪ Meta a atingir: Aumento para o valor absoluto mínimo de 95%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 25.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados primários; ▪ Referências consideradas: (Gagnon et al. 2009)
19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de variação das taxas de utilização globais das linhas assistenciais de CE, cirurgia e internamento: 10%; ▪ Variável de controlo e <i>benchmark</i> interno entre prestadores, visando impedir quebras de produtividade; ▪ Incentivo negativo previsto em caso de redução indevida dos níveis de acessibilidade de 25.000€ para os cuidados primários e 250.000€ para os cuidados hospitalares.
20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variação entre os custos médios observados e esperados por utente na área de internamento e cirurgia de ambulatório: 2%, 2% e 5% para, respectivamente, a cirurgia de ambulatório, internamento cirúrgico e internamento médico; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 15%, 15% e 25% para os valores absoluto de 1,7%, 1,7% e 3,8% para, respectivamente, a cirurgia de ambulatório, internamento cirúrgico e internamento médico; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução dos custos) pelos profissionais (50%) e pela ULS (50%). Os profissionais considerados foram os que apresentam

	<p>uma maior influência sobre os custos da unidade, designadamente os médicos, enfermeiros, AAM e administradores hospitalares, de acordo com o seu contributo em RTE e o seu nível de remuneração base mensal bruta;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrupamento dos dados por especialidade médica e cirúrgica ao nível dos médicos e linha de produção para os restantes profissionais.
21	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de CE de cuidados primários não realizadas a tempo (atraso superior a 60 minutos) por responsabilidade da ULS: 50% (estimativa); ▪ % de CE de cuidados hospitalares não realizadas a tempo (atraso superior a 60 minutos) por responsabilidade da ULS: 50% (estimativa); ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 50% do nível de atrasos por responsabilidade da ULS para o valor absoluto de 25% das consultas externas realizadas; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), de forma equitativa entre os cuidados primários (50%) e hospitalares (50%) e de acordo com o seu contributo em RTE e o seu nível de remuneração base mensal bruta.
22	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de consultas domiciliárias médicas de cuidados primários por 1.000 utentes: 35,4; ▪ Taxa de consultas domiciliárias de enfermagem de cuidados primários por 1.000 utentes: 338,2; ▪ Meta a atingir: Aumento relativo de 10% do nível consultas domiciliárias médicas e de enfermagem para, respectivamente, 39,0 e 372,1 (equivalente a 489 e 4.669 consultas de médicas e de enfermagem, respectivamente); ▪ Custo financeiro adicional por consulta domiciliária médica (i.e. pagamento por acto): 35€; ▪ Custo financeiro adicional por consulta domiciliária de enfermagem (i.e. pagamento por acto): 10€; ▪ Duração temporal da consulta domiciliária médica: 30 minutos; ▪ Duração temporal da consulta domiciliária de enfermagem: 20 minutos.
23	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de consultas médicas e de enfermagem para promoção de estilos de vida saudáveis (na área do tabagismo, alcoolismo, obesidade e exercício físico) por 1.000 utentes: Não disponível para a ULSBA; ▪ Referências consideradas: (Flodgren et al. 2010), (Stead, Perera, and Lancaster 2006), (Müller-Riemenschneider, Reinhold, and Willich 2009); ▪ Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos valores base registados, não foi possível proceder à implementação do presente indicador. No entanto, deverá considerar-se a sua inclusão durante o plano de implementação, caso se disponha de informação robusta nesse momento temporal.
24	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de úlceras de pressão (UP) no internamento da ULS no ano -1 (i.e. ano anterior ao modelo): 1,0%; ▪ Custo médios acrescidos por UP: 2.000€, decorrente do nº de dias de internamento acrescidos por úlceras de pressão de 8 dias e um custo unitário acrescido de 250€ por dia; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 50% do nível de UP para o valor absoluto de 0,5% dos internamentos, equivalente a uma redução de 43 úlceras de pressão; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução do tratamento das UP) pelos profissionais de enfermagem (50%) e pela ULS (50%); ▪ Referências consideradas: (Xakellis et al. 2001)
25	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de reinternamentos hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta (com o mesmo diagnóstico clínico face à alta anterior): 0,79%; ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 25% do nível de reinternamento para o valor absoluto de 0,59% dos internamentos, o equivalente a 17 internamentos evitados; ▪ Custo médios reduzidos por reinternamento evitado: 1.750€, decorrente do nº de dias de internamento acrescidos por úlceras de pressão de 7 dias e um custo unitário acrescido de 250€ por dia; ▪ Agrupamento dos dados por especialidade médica e cirúrgica; ▪ Distribuição equitativa dos lucros (i.e. das poupanças decorrentes da redução dos níveis de reinternamento hospitalar) pelos profissionais de médicos e de enfermagem ao nível hospitalar (50%) e pela ULS (50%). Considerou-se a participação do pessoal de acordo com o seu contributo em RTE e o seu nível de remuneração base mensal bruta.
26	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cumprimento da adequação da vigilância oncológica: 61,2% ao nível da mamografia e 37,6% na colpocitologia; ▪ Meta a atingir: Aumento relativo de 10% e 20% do cumprimento da vigilância oncológica para o

	<p>valor absoluto de 67,3% ao nível da mamografia e 45,1% na colpocitologia, respectivamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 150.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (25%) e administrativos (25%) dos cuidados primários e pelos técnicos de MCDTs ao nível dos cuidados hospitalares (50%). Considerou-se um mecanismo de atribuição competitivo, com componente nominal e de melhoria contínua.
27	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes hipertensos com acompanhamento adequado: 80% (estimativa); ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 10% para o valor absoluto de 90%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (25%), enfermeiros (50%) e outro pessoal, designadamente nutricionistas (25%) ao nível dos cuidados primários. Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição não competitivo, com componente nominal e de melhoria contínua; ▪ Referências consideradas: (Fahey, Schroeder, and Ebrahim 2006)
28	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes hipertensos com valores de pressão arterial (PA) controlada: 44,5%; ▪ Meta a atingir: Aumento relativo de 25% para o valor absoluto de 55,6%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários. Não se considerou mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco. ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (50%) e enfermeiros (50%) dos cuidados primários. Não se considerou incentivos ao nível dos nutricionistas dado tratarem-se habitualmente de recursos subcontratados; ▪ Referências consideradas: (Fahey, Schroeder, and Ebrahim 2006).
29	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes diabéticos com acompanhamento adequado: 3,1%; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 100% para o valor absoluto de 6,2%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (25%), enfermeiros (50%) e outro pessoal, designadamente nutricionistas (25%) ao nível dos cuidados primários. Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição não competitivo, com componente nominal e de melhoria contínua; ▪ Referências consideradas: (Moore et al. 2004), (Vermeire et al. 2005)
30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes diabéticos com valor de HbA1c controlado: 48,6%; ▪ Meta a atingir: Aumento relativo de 25% para o valor absoluto de 60,8%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários. Não se considerou mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco. ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (50%) e enfermeiros (50%) dos cuidados primários. Não se considerou incentivos ao nível dos nutricionistas dado tratarem-se habitualmente de recursos subcontratados; ▪ Referências consideradas: (Moore et al. 2004), (Vermeire et al. 2005).
31	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidência de amputações em doentes diabéticos: 2,0% (estimativa); ▪ Meta a atingir: Redução relativa de 25% para o valor absoluto de 1,5%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários. Não se considerou mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco. ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (50%) e enfermeiros (50%) dos cuidados primários. Não se considerou incentivos ao nível dos cuidados hospitalares (apesar do consumo de recursos – e.g. médico de endocrinologia ou de oftalmologia) por se tratar de uma condição crónica e se considerar que o acompanhamento com múltiplos pontos de contacto deve recair sobretudo sobre os cuidados primários.
32	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes com diagnóstico de depressão com acompanhamento adequado: Não definido para a ULSBA;

	<ul style="list-style-type: none"> Referências consideradas: (Bower et al. 2011), (Dennis and Creedy 2004), (Rodenburg et al. 2004); Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos valores base registados, não foi possível proceder à implementação do presente indicador. No entanto, deverá considerar-se a sua inclusão durante o plano de implementação, caso se disponha de informação robusta nesse momento temporal.
33	<ul style="list-style-type: none"> % de utentes com diagnóstico de esquizofrenia, doença bipolar e outras psicoses com acompanhamento adequado: Não definido para a ULSBA; Referências consideradas: (Bower et al. 2011), (Rodenburg et al. 2004); Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos valores base registados, não foi possível proceder à implementação do presente indicador. No entanto, deverá considerar-se a sua inclusão durante o plano de implementação, caso se disponha de informação robusta nesse momento temporal.
34	<ul style="list-style-type: none"> Consumo médio de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos em utentes com diagnóstico de saúde mental: 84,0€. Meta a atingir: Redução relativa de 5% do custo médio para o valor absoluto de 79,8€; Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados primários. Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários e pagamento preferencial assente num mecanismo misto. Não se considerou unicamente mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco.
35	<ul style="list-style-type: none"> % de utentes com diagnóstico de asma com acompanhamento adequado: Não definido para a ULSBA; Referência considerada: (McLean et al. 2010); Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos valores base registados, não foi possível proceder à implementação do presente indicador. No entanto, deverá considerar-se a sua inclusão durante o plano de implementação, caso se disponha de informação robusta nesse momento temporal.
36	<ul style="list-style-type: none"> % de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica com acompanhamento adequado: Não definido para a ULSBA; Por motivos de falta de evidência disponível em torno dos valores base registados, não foi possível proceder à implementação do presente indicador. No entanto, deverá considerar-se a sua inclusão durante o plano de implementação, caso se disponha de informação robusta nesse momento temporal.
37	<ul style="list-style-type: none"> Mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RNCCI ao nível dos cuidados primários: Não definido para a ULSBA; Mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RNCCI ao nível dos cuidados primários: 10 dias; Meta a atingir: Redução relativa de 25% para o valor absoluto de 8 dias ao nível dos cuidados hospitalares. Para os cuidados primários deverá proceder-se à avaliação da situação actual previamente à introdução de incentivo; Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 25.000€; Distribuição dos incentivos pelos responsáveis das equipas de gestão de alta (EGA) dos cuidados primários (25%) e hospitalares (75%). Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição não competitivo com componente unicamente nominal.
38	<ul style="list-style-type: none"> % da Cirurgia de Ambulatório (GDH) no total da cirurgia programada (GDH): 46%; Meta a atingir: Aumento absoluto de 4% para o valor absoluto de 50%, com uma elevada variabilidade entre especialidades. Não obstante tratar-se de uma ULS numa região de reduzida densidade populacional e insuficiente rede de transportes, pensa-se exequível a meta total de 50% de cirurgia programada de ambulatório no total da cirurgia programada. Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 50.000€; Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos das especialidades cirúrgicas hospitalares. Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição competitivo de acordo com o desempenho individual do médico por especialidade e por GDH potencialmente ambulatorizável.
39	<ul style="list-style-type: none"> % de recém-nascidos, de termo, com baixo peso à nascença: 0,70%; Meta a atingir: Redução relativa de 25% para o valor absoluto de 0,56%; Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 25.000€;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuição dos incentivos pelos profissionais médicos dos cuidados primários. Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários e pagamento preferencial assente num mecanismo misto. Não se considerou unicamente mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco.
40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de utentes inscritos na ULS satisfeitos ou muito satisfeitos: 69,0%; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 25% para o valor absoluto de 67,4%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 500.000€; ▪ Distribuição dos incentivos por todos os profissionais, de forma equitativa entre os cuidados primários (50%) e hospitalares (50%). O valor financeiro adstrito a cada profissional decorre do seu contributo em RTE e o seu nível de remuneração base mensal bruta. ▪ Considerou-se mecanismos mistos de incentivo: por um lado, não se incorporou unicamente mecanismos de incentivo competitivos (sobretudo numa fase inicial) para minimizar o risco financeiro decorrente de potenciais falhas no método de ajustamento pelo risco (e.g. unidades com estruturas físicas mais deficitárias tenderão a apresentar piores níveis de satisfação); por outro lado, considerou-se mecanismos de incentivo baseados em resultados nominais e na melhoria de resultados.
41	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado: 6,5%; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 30% para o valor absoluto de 8,3%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 25.000€; ▪ Agrupamento dos dados por unidade de cuidados primários. Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição não competitivo, com componente nominal e de melhoria contínua; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos (15%) e administrativos (15%) dos cuidados primários e os remanescentes 70% pelos médicos de cuidados hospitalares que realizam o exame; ▪ Referências consideradas: (Shankaran et al. 2009)
42	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de partos por cesariana: 26,2%; ▪ Meta a atingir: Redução absoluta de 1,2% para o valor absoluto de 25%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 25.000€; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos dos cuidados hospitalares da especialidade de Obstetrícia; ▪ Referência considerada: (Khunpradit et al. 2011b)
43	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rácio de Consultas Externas Hospitalares / Número de Urgências Hospitalares: 1,6; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 0,4 pontos para o valor absoluto de 2,0; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€; ▪ Distribuição equitativa dos incentivos pelos médicos dos cuidados primários (50%) e hospitalares (50%). O aumento do rácio pode ocorrer tanto pelo: 1) redução do denominador do rácio, i.e. aumento das CE nos cuidados primários com potencial impacto favorável na redução do número de urgências (para um nível de oferta constante); e/ou aumento directo do numerador do rácio, i.e. aumento do número de CE hospitalares.
44	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de primeiras Consultas Externas Hospitalares / Total de Consultas: 29,4%; ▪ Meta a atingir: Aumento absoluto de 5% para o valor absoluto de 35%; ▪ Montante financeiro anual adstrito ao pagamento de incentivos: 100.000€; ▪ Agrupamento dos dados por especialidade médica e cirúrgica. Deverá considerar-se um mecanismo de atribuição competitivo de acordo com o desempenho individual de cada especialidade e da variação interna entre médicos da mesma especialidade; ▪ Distribuição dos incentivos pelos médicos dos cuidados hospitalares. Este indicador visa promover a acessibilidade dos utentes a cuidados de especialidade. No entanto, o aumento das primeiras consultas pode colocar uma ênfase excessiva na captação de "novos" utentes, podendo ter um efeito cruzado negativo no indicador 12.

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Anexo IX. Exemplo de ficha técnica considerada por indicador

Ficha Técnica: Indicador 9			
Designação	% de urgências categorizadas como não urgentes por área de residência do utente		
Dimensão em análise	Eficiência	Tipo de Indicador	Processo
Objectivo	Promover o efeito de <i>gate-keeping</i> dos cuidados primários, contrariando a utilização das urgências por parte de episódios não urgentes.		
Descrição	% de urgências categorizadas como não urgentes, i.e. com uma cor de triagem (método de Manchester) verde ou azul.		
Unidade de medida	Percentagem	Período de monitorização	Semestral
Fórmula de cálculo	(% de urgências categorizadas com a cor verde ou azul de acordo com a triagem de Manchester por freguesia do utente)/(Número total de urgências)*100		
CrITÉrios de inclusão	Exclusão de urgências categorizadas com a cor branca, dado não se tratarem de um episódio de urgência. Exclusão de utentes sem médico de família atribuído.	Valor de referência	Valor médio de % não urgentes distribuídas por respectiva unidade de CP no ano -1
Output final	Percentagem	Meta	Redução percentual absoluta de 5%
Factor Crítico	Utilização progressiva de factores de ajustamento pelo risco, designadamente idade, sexo, nível de instrução e densidade populacional.	Tipo de Incentivo	Positivo. Valor individual nominal e uma percentagem de forma competitiva (P75) de 10% dos fundos gerados na "poupança" ao nível dos cuidados secundários.
Referências bibliográficas e/ou dados obtidos	Dados retrospectivos da ULS, com aproximadamente 13,6% de episódios não urgentes.		Individual, por médico de cuidados primários.
Observações	Alternativa possível a considerar. Utilização da taxa de referenciação hospitalar a partir dos cuidados primarios (e.g ULS Matosinhos, taxa de ref=24%). No entanto tem de haver ajustamento pelo risco, pelo que optou-se pela presente ficha técnica.		
Destinatários / Responsável			
Responsável pela monitorização	Director clínico e responsável da área da urgência		
Destinatário (unidade de saúde)	Cuidados Primários		
Destinatário (grupo ou individual)	Individual.	Destinatário (categoria profissional)	Médicos

Fonte: Tabela de elaboração própria.

Anexo X. Estimativa dos custos e benefícios financeiros por indicador proposto

	Custos	Benefícios	Diferença	% de margem sobre custo		Custos	Benefícios	Diferença	% de margem sobre custo		Custos	Benefícios	Diferença	% de margem sobre custo
FT1	- €	- €	- €		FT21	100.000 €	- €	- 100.000 €	-100%	FT41	25.000 €	156.892 €	131.892 €	528%
FT2	- €	- €	- €		FT22	63.818 €	- €	- 63.818 €	-100%	FT42	25.000 €	201.718 €	176.718 €	707%
FT3	53.956 €	107.913 €	53.956 €	100%	FT23	- €	- €	- €		FT43	100.000 €	- €	- 100.000 €	-100%
FT4	50.000 €	- €	- 50.000 €	-100%	FT24	43.165 €	86.330 €	43.165 €	100%	FT44	100.000 €	201.718 €	101.718 €	102%
FT5	43.165 €	86.330 €	43.165 €	100%	FT25	14.875 €	231.468 €	216.593 €	1456%					
FT6	50.782 €	325.696 €	274.914 €	541%	FT26	150.000 €	448.263 €	298.263 €	199%					
FT7	22.124 €	44.247 €	22.124 €	100%	FT27	50.000 €	224.132 €	174.132 €	348%					
FT8	13.193 €	26.387 €	13.193 €	100%	FT28	50.000 €	- €	- 50.000 €	-100%					
FT9	- €	- €	- €		FT29	50.000 €	224.132 €	174.132 €	348%					
FT10	21.900 €	201.718 €	179.818 €	821%	FT30	50.000 €	- €	- 50.000 €	-100%					
FT11	100.000 €	- €	- 100.000 €	-100%	FT31	50.000 €	161.375 €	111.375 €	223%					
FT12	50.000 €	201.718 €	151.718 €	303%	FT32	- €	- €	- €						
FT13	50.000 €	201.718 €	151.718 €	303%	FT33	- €	- €	- €						
FT14	100.000 €	215.166 €	115.166 €	115%	FT34	50.000 €	161.375 €	111.375 €	223%					
FT15	50.000 €	215.166 €	165.166 €	330%	FT35	- €	- €	- €						
FT16	100.000 €	416.885 €	316.885 €	317%	FT36	- €	- €	- €						
FT17	10.000 €	- €	- 10.000 €	-100%	FT37	25.000 €	201.718 €	176.718 €	707%					
FT18	25.000 €	- €	- 25.000 €	-100%	FT38	50.000 €	201.718 €	151.718 €	303%					
FT19	- €	- €	- €		FT39	25.000 €	188.270 €	163.270 €	653%					
FT20	71.635 €	143.269 €	71.635 €	100%	FT40	500.000 €	161.375 €	- 338.625 €	-68%					

Fonte: Tabela de elaboração própria.